(Ingresan a sala el señor ministro de Salud Pública, el economista Martín Vallcorba y asesores).

SEÑOR PRESIDENTE.-Damos la bienvenida al señor ministro de Salud Pública, a la señora subsecretaria y a los demás representantes del Ministerio de Economía y Finanzas, quienes nos visitan en la tarde de hoy acorde a lo solicitado y a instancias de la propuesta del señor senador García.

Tenemos entendido que recibieron la versión taquigráfica de la sesión del día 9 de agosto en la que recibimos a representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. En realidad, a algunos no nos quedó claro si representaban a todas las instituciones o solo a algunas, pero los planteos que realizaron fueron muy claros.

Entonces, sabiendo que se han logrado avances importantes desde el martes pasado, nos interesa saber de primera mano qué es lo que sucedió, qué acuerdos hay –si los hay– y qué trabajos.

No sé si el señor senador García quiere hacer algún planteo antes de darle la palabra al señor ministro Jorge Basso.

SEÑOR GARCÍA.- Voy a ser muy breve, señora presidenta, porque intercambiaremos opiniones luego de escuchar a la delegación.

Ante todo, quiero agradecer muchísimo la presencia del señor ministro de Salud Pública, de la señora subsecretaria y de los demás representantes de esta cartera, así como de los representantes de la Junasa y del Ministerio de Economía y Finanzas.

El tema que nos convoca es la salud económico-financiera del sistema de salud. En buena medida, los aspectos económicos y financieros hacen al buen funcionamiento y la buena calidad de los servicios que pueda prestar. Es decir, más allá de la discusión y del debate económico, todo termina en la prestación de salud que reciben los pacientes, tanto en el ámbito público, como en el privado. Y en este caso en particular, queremos analizar el tema en función de la situación de uno de los efectores principales, que son las mutualistas. Habitualmente se habla de ellas como pertenecientes al sistema privado, pero creo que ni hoy ni debieron ser definidas así. Quizás se lo hizo así pensando en contraposición a lo que era público puro. Actualmente las instituciones de asistencia médica colectiva prestan un servicio público y son de gestión semiprivada, por decirlo de alguna manera, ya que el mayor financiamiento es público, no estatal, y la injerencia o la posibilidad que tiene el Estado de tomar decisiones sobre ellas, es muy abarcativa, de modo que es muy limitada la capacidad que ellas tienen en ese sentido. De allí el tema de la gestión semiprivada de las instituciones mutuales.

Nuestra preocupación tiene que ver con el debate público que se generó en las últimas semanas acerca del valor de las cápitas –debate archiconocido por los presentes porque en buena medida participaron en él–, la solicitud de aumento de las instituciones mutuales y el planteo inicial de rebaja del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública. Ese debate público nos generó preocupación por lo que implicaba en las prestaciones concretas de salud. Así, tuvimos la voluntad de convocar a las partes, es decir, a las instituciones mutuales o a la mayoría de ellas, básicamente las que están concentradas en Montevideo y tienen una situación deficitaria desde el punto de vista operativo más significativo, de alrededor 8 en 10 o en 11.

Independientemente de lo que se resolvió días pasados –Secretaría repartió el material que trajeron los visitantes–, estamos en un *impasse*, en un ámbito de discusión. Por lo tanto, nos interesa saber cuál es la visión que tienen los ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas que integran el Poder Ejecutivo, la Junasa y los organismos correspondientes, sobre este problema, sobre el valor de las cápitas, así como también sobre la transferencia que esta decisión puede tener en la calidad de la asistencia a los usuarios y, finalmente, sobre la salud económica y financiera del sistema de salud.

Otro capítulo será el déficit general del Fonasa. Sé que me van a decir que no es déficit, que es parte de la arquitectura del diseño original, pero al menos permítanme considerar que el planteo es discutible, que es mucho más lineal hablar de un déficit, pero después podremos hacer referencia a ello.

En fin, este es el planteo original, después haremos preguntas.

Muchas gracias.

SEÑOR MINISTRO.- Buenas tardes. Es un gusto estar en esta comisión en el día de hoy, particularmente por un tema muy importante para cualquier país, para cualquier sociedad moderna y, sobre todo, para quienes, oportunamente, hemos tomado decisiones como gobierno, vinculadas a iniciar uno de los grandes desafíos que a nivel de la historia significa hacer una reforma sanitaria.

En todo el mundo las reformas sanitarias siempre son motivo de enorme complejidad y la gran mayoría de ellas fracasan con total éxito. Esa es la realidad. Digo que es un desafío porque involucra a un número muy importante de actores y de intereses. Además, definiendo algunos principios generales, presupone asegurar la atención sanitaria que merece la población. Nosotros hacemos mucho hincapié en que sin perjuicio de los procesos que necesitan estas cosas, en estos primeros ocho años se ha logrado algo que de alguna manera no es meramente una manifestación de deseo sino una expresión concreta, en el sentido de haber iniciado un camino sobre el que todos los actores reconocen que no tiene marcha atrás. Esta reforma, como toda actividad humana es perfectible y mejorable, pero no queda duda de que tenemos un claro derrotero. Ese es un valor y me parece que para la sociedad es muy importante identificar claramente el rumbo en el que estamos construyendo esta reforma sanitaria, que cuando se inició tuvo que enfrentar el desafío de trabajar con una multiplicidad de instituciones públicas y privadas. Estamos hablando de 43 instituciones que se definen como prestadores integrales, lo que implica que se hacen cargo de todo el proceso de atención y, por lo tanto, son financiadas a través de la seguridad social por los impuestos que pagan los ciudadanos, en función de sus ingresos y constitución familiar. Ese Fondo Nacional de Salud financia buena parte de los gastos del sector salud, a lo que hay que sumar los aportes de Rentas Generales que se hacen por los sectores de la población que no están vinculados a la seguridad social, que son buena parte de los usuarios de ASSE, único prestador público de los 43 prestadores integrales que conforman el sistema.

Me interesa destacar que, en realidad, hay otros prestadores, que se denominan parciales, tanto públicos como privados, que si bien no están financiados por el Fonasa, integran el sistema y son parte del enorme desafío de la estrategia de construcción del sistema para lograr abordar la mejor calidad de atención al conjunto de la población. Hago este señalamiento porque en la realidad nacional hay un conjunto de prestadores privados como, por ejemplo, las emergencias móviles, muchas de las cuales están plenamente integradas al sistema y cumplen un rol. Además, hay otros prestadores parciales públicos que son claves y fundamentales como el Hospital Militar, el Hospital Policial, el Hospital de Clínicas y los servicios que brinda el Banco de Previsión Social, que conforman el sistema sin estar dentro del seguro y son financiados a través de Rentas Generales. Entonces, el gran desafío de esta reforma sanitaria es lograr que esas 43 instituciones financiadas por el seguro, más el resto que integran el sistema y son financiadas por Rentas Generales, funcionen como un sistema.

Justamente, la definición del sistema implica que se no trata exclusivamente de la suma de las partes; el sistema tiene que lograr mejores resultados que los que den la suma individual de las partes. Tenemos un escenario propio de la realidad nacional en el que hay 43 prestadores, de los que, básicamente, 42 son privados, y 37 son instituciones de asistencia médica colectiva. Ahora la mayor parte de ellos se denomina IAMPP, pero son lo que antes eran las mutualistas. Además, hay seis seguros privados que están integrados al Fonasa, y si los usuarios quieren vincularse a ellos tienen que pagar un plus. Todos estos compiten a los efectos de captar la mayor cantidad de usuarios o de afiliados. Eso es muy claro y muy paradigmático en los meses de febrero, cuando las personas tienen la oportunidad de cambiarse y se aprecia el fuerte grado de competencia que hay entre los prestadores por captar afiliados y aumentar el número de integrantes financiados por el Fondo Nacional de Salud.

Por otro lado, está el esfuerzo que implica la reforma para que esto funcione como un sistema y cómo logramos que además de este escenario de competencia al que me refería, haya un espacio de complementación, de búsqueda de acuerdos y de sinergia, a los efectos de obtener mejores resultados para el colectivo de la población. La reforma establece que la atención se da en un escenario de competencia a través del seguro y un escenario de complementación a través del sistema en construcción. De alguna manera, en este mundo tan desafiante, los avances científico–técnicos se producen a diario y es obvio que eso implica que tengamos lo que habitualmente llamamos «canasta de prestaciones». Me refiero a las prestaciones que asegura el sistema de salud a través de un contrato de gestión que firman todos los prestadores financiados por el Fonasa con la Junta Nacional de Salud, que lo administra, a los efectos de cumplir con una serie de prestaciones que permanentemente vayan mejorando para evitar lo que sucede en buena parte del mundo, donde la denominada «canasta de prestaciones» es muy básica, muy limitada, y las personas tienen que complementar, a través de un reaseguro que pagan de su bolsillo, para tener lo que en nuestro país hoy es una amplia canasta de prestaciones. Además, como dijimos, nuestro interés es seguir mejorándola.

En el último estudio que hicimos hace relativamente poco tiempo, el 8% de lo que está en el PIAS –que es el catálogo de prestaciones obligatorias– ya no se utiliza porque han sido sustituidos por otros. Es lógico, razonable y esperable que eso siga sucediendo. Es de buena administración y también de sentido común y, sobre todo, me parece que hay que asegurarle a la población que sus dineros se administran adecuadamente y que debe exigir eficiencia a la hora de que cada uno de los prestadores los utilice.

En realidad, quiero detenerme en este aspecto porque, de alguna forma, se comentó que esto tenía que ver con un ajuste fiscal, pero en realidad no es así. Esto tiene que ver con una responsabilidad que el Estado no puede delegar, en particular, cuando hay una reforma del sistema de salud, porque debe administrar bien los dineros de la gente para atender adecuadamente sus necesidades.

En definitiva, dentro del marco regulatorio existente, que como bien se expresaba, es muy amplio, las instituciones privadas toman decisiones soberanamente, haciendo uso de su libre albedrío, que repercuten tanto en los ingresos como en sus gastos. Por ejemplo, algunas de esas decisiones están vinculadas a lo que sucede en el mes de febrero, que es cuando vemos –ya sea a través de los medios de comunicación o, inclusive a través de los contratos de venta de servicios– grandes escenarios en los que incluso interactúan para poder captar socios. Es sabido que las instituciones hacen contratos para poder captar socios. Es un tema que siempre nos preocupa porque, en realidad, permanentemente nos llegan denuncias de intermediación lucrativa y el ministerio ha hecho las denuncias del caso e, incluso, algunas situaciones que se han dado todavía están en la justicia investigándose, como consecuencia del escenario de competencia al que hicimos referencia. Aspiramos, justamente, a que las instituciones que toman ese tipo de decisiones que de alguna forma impactan en sus ingresos y en sus gastos, puedan lograr que la información con la que pueda contar la Junta Nacional de Salud sea lo más transparente posible. Adelanto –porque es uno de los desafíos que tiene el sector salud– que seguir mejorando el sistema de información en salud es uno de sus objetivos, porque no se pueden tomar decisiones sin un sistema potente de información. Cuando hablamos de potente sistema de información nos referimos a datos que pongan sobre la mesa con total transparencia cómo se utilizan los recursos, y adónde va cada uno de los gastos. Este es uno de los temas que nos hemos planteado para este quinquenio como un punto sustantivo del plan estratégico: potenciar el sistema de información en salud. No sólo vamos a trabajar fuertemente en el tema de la historia clínica electrónica –que va a aportar mucha información– sino, también, en el conjunto de datos que se reciben sobre los ingresos y los gastos de las distintas instituciones que maneja la Junta Nacional de Salud y que permitirán, más allá del balance del fin del ejercicio, poder tener información a tiempo real sobre cómo se van gestionando y administrando los recursos de cada uno de los prestadores en cada uno de los gastos, con el mayor detalle posible, a los efectos de poder estimar esa eficiencia que planteamos.

En todo este proceso –que no empezó en esta Administración, sino que viene conformándose tiempo atrás– se han creado grupos de trabajo, algunos vinculados a revisar esos contratos de gestión que se firman entre la Junasa y cada uno de los 43 prestadores, otros que trabajan sobre el catálogo de PIAS, que tratan de determinar cuáles son las prestaciones que hay que

incorporar o modificar. En esta Administración ya se han incorporado nuevas prestaciones y, dentro de ellas, se ha incluido el formulario terapéutico de medicamentos, es decir, los medicamentos exigidos para el conjunto de los usuarios que están integrados al sistema. Esto no existía antes de la reforma; había un vademécum público y otro privado, y cada una de las instituciones daba las prestaciones en función de sus capacidades. No había una exigencia predeterminada, por lo que, de alguna forma, es un factor muy importante en la reforma sanitaria poder establecer con precisión y bajar a tierra –para decirlo de una manera muy gráfica– cómo se expresa el derecho de la salud en términos concretos, es decir, en cuanto a prestaciones y obligaciones en un marco que involucre a todos los prestadores financiados por el Fonasa.

Se han creado también comisiones de trabajo para el seguimiento del valor de las cápitas, para ver cómo se puede construir una herramienta que permita ir identificando cuáles son aquellos costos que tienen las instituciones para la atención de las distintas franjas de la población, teniendo en cuenta el género. Como los señores senadores saben, hay costos que tienen que ver, justamente, con la edad y también con el sexo de los usuarios; esto está perfectamente estudiado. Pero, a lo largo del tiempo, la idea era poder identificar un mecanismo, una herramienta que permitiera ir monitoreando el valor de las cápitas. Este es un trabajo que se comenzó en el año 2012, es decir, no ha sido para nada sencillo, porque uno de los grandes problemas era que la posibilidad de identificar desde el punto de vista teórico cuáles serían los gastos razonables en términos de edad y sexo se enfrentaba con las dificultades de llevar eso a la práctica. Se trata de un análisis muy interesante seguramente desde el punto de vista de la investigación pero sumamente engorroso desde el punto de vista práctico. La idea, entonces, era comenzar a construir información para llegar a un resultado.

Finalmente se optó por algo que es más pragmático, aunque también tiene riesgos, que es ver en qué se está gastando, empezar a identificar una manera de medirlo y tratar de encontrar una herramienta que permita ver cuán cerca o cuán lejos estamos de pagar por lo que hay que pagar: los gastos de atención sanitaria. Me refiero a este tema porque –y esto pasa en cualquier organización y más en un sistema de salud– uno no puede partir de la premisa de que todo lo que se gasta está bien. Cualquiera que haya administrado algo sabe que si parte de esa premisa no va a ser justa su decisión. Las instituciones privadas toman decisiones que afectan, reitero, sus ingresos y sus gastos, más allá del marco regulatorio existente en el sistema de salud.

Entonces, esa comisión de cápitas estuvo trabajando un tiempo prolongado y con una metodología muy interesante. Pasó por distintas etapas, de acuerdos pero fundamentalmente de desacuerdos, a los efectos, justamente, de identificar esa metodología. Finalmente, después de reiteradas idas y venidas, se pudo, de alguna manera, generar un procedimiento que permitía trabajar con algunas variables del proceso de atención, básicamente con determinados conceptos como son los costos del bloc quirúrgico, CTI pediátrico, CTI de adultos, camas de cuidados moderados, etcétera. Lo mismo ocurrió cuando se incorporaron los costos vinculados a la compra y venta de servicios y los costos de medicamentos. De manera que se fue identificando un conjunto de componentes del proceso de atención y de los gastos asistenciales y se le solicitó a cada uno de los prestadores, a través de lo que se conoce con la sigla *ECA*, es decir, evaluación de costos asistenciales, que vertieran esa información. Todo esto se graficó y se pudo identificar lo que siempre sucede con los fenómenos biosociales: una curva de Gauss. Se comprobó que había, para cada una de las instituciones y para cada uno de sus componentes, una dispersión de los costos. En algunos casos esto estaba vinculado a ciertas ineficiencias y en otros se podía presumir que había problemas de calidad. Es decir que seguramente había distintas circunstancias que podían identificar esa dispersión de los valores que se expresaban en esas ECA.

Después hubo varias instancias en las que nos reunimos con las distintas cámaras. Como decía la señora presidenta, las instituciones se han nucleado en cámaras y, además, tienen cierta movilidad, salvo Fepremi, que está conformado por las 22 instituciones de FEMI. El resto de las instituciones están vinculadas al Plenario de Instituciones de Asistencia o a la CIES. Y hay otras instituciones que no integran ninguna de las cámaras, como en el caso de Mucam, que es más grande.

En la instancia que tuvimos con cada una de estas cámaras, y en función del análisis de la información que surgía del cálculo de las ECA al cual hacíamos referencia anteriormente, se pusieron los números sobre la mesa.

Había un informe previo de las instituciones según el cual ellos estimaban que había un déficit de un 4% –estamos hablando del año pasado en el que ya aparecía información de las instituciones que tenían un déficit del 4%–, y en el análisis que hicimos de la información que recibimos, consideramos que esos datos no coincidían y que, sin perjuicio de algunos ajustes que había que hacer, el cálculo de la cápita no estaba subvaluada. Planteo esto con mucha precisión porque en ningún momento expresamos que iba a bajarse el valor de la cápita como consecuencia de esta negociación. Lo que sucedía era que, en función de ese análisis, la cápita no estaba subvaluada y había que tomar algunas decisiones para llegar al resultado final.

Nosotros manejamos, sí, que el valor de la cápita, de esos números, de esas variables que tomamos en consideración, tenía un valor de 1,5 o 2,5 por encima de lo que se estaba abonando, pero que había que resolver una serie de temas que entendíamos no se habían tenido en consideración o, por lo menos, requerían definiciones no necesariamente técnicas, sino que también implicaban una visión de política sanitaria, de política de seguro de salud. A modo de ejemplo, una de las cosas que estaban por definirse era qué era lo razonable a tener en cuenta para saber el margen de ganancia en la compra y venta de prestaciones. ¿Cómo podía estimularse la compra y venta de servicios? ¿Qué era razonable y qué era un costo excesivo? ¿Cuál era el margen de cobertura, o sea, lo que uno podía decir que identifica como un costo promedio de una institución promedio en función, justamente, de la curva de Gauss a la que hace unos instantes hacíamos referencia? Es una institución hipotética, es un promedio de gasto de las instituciones, pero puede haber escenarios de contingencia que hagan que una institución se encuentre en determinada circunstancia con episodios que determinen la concentración de gastos, como puede ser el caso de CTI. Puede haber situaciones de ese tipo. Entonces, para decirlo gráficamente, el tema que había que discutir era cuál es el más menos que hay que tener para cubrir alguna de esas contingencias. También había que considerar otros gastos vinculados a intereses que pudieran ser tenidos en cuenta para hacer ese cálculo.

Lo que se le transmitió a los distintos ámbitos con los que conversábamos era que teníamos una primera aproximación a un valor de la cápita, pero que quedaban temas pendientes para resolver y había que trabajar en el asunto. Ese hecho generó algunas expresiones públicas. Como los señores senadores habrán notado, hemos hecho pocas declaraciones porque, justamente, queríamos que el tema volviera a su cauce normal. En realidad, como siempre hemos dicho, estas cosas hay que resolverlas para dar sostenibilidad con el mayor acuerdo posible, con la mejor voluntad para encontrar soluciones lo más consensuadas posible. Quizás es una utopía pensar que en escenarios donde hay intereses tan fuertes pueda llegarse a consensos totales, pero consideramos que el desafío es tratar de lograr los mayores acuerdos posibles. De alguna manera, hemos tratado de seguir trabajando en el tema y, como también decía la señora presidenta, en las últimas horas hubo instancias en las que acordamos la metodología para seguir con el tema de las cápitas, que para nada es menor. En realidad, en cuanto a ese asunto, estábamos manejándonos con un prorrateo de datos iniciales que se habían generado a partir de 2007, pero todavía no se había creado una herramienta para continuar con el trabajo. A su vez, la idea es incorporar –con respecto al ajuste de la cápita– un tema que nadie discute acerca de su pertinencia, más allá de que es sumamente complejo, como es el factor de la calidad de la atención. Cualquiera que estudie el tema de la calidad de la atención sanitaria se va a encontrar con mucha bibliografía y con la enorme dificultad de poder identificar indicadores que permitan resolver adecuadamente el problema.

De cualquier manera, entendemos que hay que hacer el esfuerzo, y no para fracasar, sino para continuar avanzando. La idea es encontrar alguna variable en cuanto a calidad de atención que permita, a su vez, encauzar la razonable competencia entre los prestadores en términos de calidad, para evitar, justamente, la competencia en otros aspectos de carácter comercial. Creo que los usuarios, como cualquier colectivo y más en este mundo moderno, aprecian mucho la información potente, seria, que se pueda brindar a los efectos de poder elegir, con causas objetivables, la institución a la cual afiliarse. Si bien la información que tiene el ministerio en su página web es importante y reconocida a nivel nacional e internacional, creemos que este aspecto debe ser potenciado, lo cual constituye un verdadero desafío. Este factor debe ser tenido en cuenta a los efectos de saber cuánto cuesta la salud, pero también a fin de poder promover una competencia sana entre los prestadores en lo que respecta a la calidad de la atención.

En este proceso hemos incorporado dos o tres aspectos que nos parecen importantes. Uno de ellos es el relativo a poder identificar cuáles son las reales necesidades sanitarias en términos de

infraestructura, equipamiento, recursos humanos y tecnología en el sentido más amplio del término. Si pensáramos en partir de cero, con determinado territorio y con cierto número de personas para atender, deberíamos preguntarnos qué se necesita para atender bien a la gente. Al respecto, tenemos en construcción lo que hemos denominado mapa sanitario, que por capas identifica la brecha entre lo que tenemos ahora y lo que necesitamos. En ese caso, nos vamos a encontrar con áreas en las que existe una gran superposición de recursos, con lo que eso supone en cuanto a subutilización, ineficiencia y costos innecesarios. Para nosotros es muy importante trabajar en el diálogo social y, sobre todo, hacer el mayor esfuerzo para identificar la racionalidad de los recursos en el sector salud. Este es un desafío fenomenal y necesario porque una tecnología excesivamente costosa implica una subutilización o una demanda inducida –por distintos intereses que puedan generarse, lo tengo que decir así–, que no responde estrictamente a necesidades asistenciales, sin hablar de la importancia que eso arrastra en términos de recursos humanos necesarios para estar atrás de toda esa tecnología y las dificultades de su distribución en todo el territorio nacional.

Entonces, la idea de racionalizar los recursos instalados en el territorio es un desafío de primer orden para hacer carne en el concepto de Sistema Nacional Integrado de Salud y estimular la complementación, la firma de convenios y de acuerdos para evitar superposiciones innecesarias. Los señores senadores nos han escuchado hablar en más de una oportunidad de las localidades en las que nacen cuarenta niños por mes y hay tres o cuatro maternidades. Son localidades en las que, de alguna forma, hay cuatro o cinco instituciones en un escenario de competencia –muchas de ellas son sucursales de instituciones que se encuentran en Montevideo, además de las instituciones propias del interior–, que cuentan con tres o cuatro puertas de urgencia que atienden de lunes a viernes en horario reducido.

Debemos revisar todas estas cosas y tratar de generar convenios de complementación. En todos estos años hemos firmado una larga lista de convenios que van en esa dirección, entre prestadores privados y privados, entre prestadores privados y públicos y entre prestadores públicos entre sí. Esa es una línea racional porque muchas veces determina que haya una sola maternidad –porque no se justifica que haya más de una–, pero debe contar con todos los recursos, como un anestesista de guardia. Digo esto porque aquí hay personas que saben mucho de esto y saben que la diferencia entre una maternidad que funcione bien y otra que no, es que cuente con un anestesista de guardia; y a veces esas tres o cuatro maternidades que hay en forma superpuesta no cuentan con ese recurso tan valioso. Lo mismo sucede con las instalaciones y con los equipos. En ese escenario de competencia, muchas veces nos encontramos con instituciones que tienen dificultades para llegar a acuerdos para intercambiar servicios y para motivar la compra y venta de servicios. Es más, en las últimas semanas, en algún departamento, algunos prestadores nos decían que querían complementar un servicio, que no querían que sus usuarias tuvieran que ir a Montevideo a hacerse una mamografía, pero que la institución que tiene mamógrafo les cobra un precio que no les conviene y, por lo tanto, prefieren contar con uno propio. Es así que nos encontramos que en ese mecanismo de competencia haya más mamógrafos de los necesarios. Seguramente, dentro de muy poco tiempo logremos, a través de los sistemas informáticos, que esté la tecnología en un solo lugar y todo esto se haga a través de mecanismos digitales.

Cuando hacemos este tipo de comentario nos dicen que es una realidad que golpea al interior del país y que en Montevideo existe otro escenario en el que no hay esas dificultades. Nosotros queremos trabajar en ese tema porque hoy estamos hablando de números, pero también tenemos que hablar de salud porque el dibujo del sistema repercute en los números y si uno hace un dibujo en el que todo el mundo quiere tener todo –porque todo el mundo quiere tener todo–, frente a buscar una forma de racionalizar lo que existe, esos dos dibujos tienen costos totalmente distintos.

Pero vayamos a la realidad de Montevideo. Estamos totalmente convencidos de que existe una cantidad abrumadora de pases innecesarios a especialistas. Es por ello que en la reforma de la salud hablamos de cambios en modelos de atención. Justamente, en los países que tienen décadas de reforma sanitaria todo el mundo apuesta al médico tratante, al médico de primer nivel o al equipo básico de primer nivel, con capacidad resolutiva y con las espaldas necesarias. También debemos tener en cuenta que hay una cultura vinculada a la judicialización y, por lo tanto, a la medicina defensiva. Entonces, hay que trabajar en el respaldo de ese primer nivel de atención, en ayudar al médico tratante para que resuelva lo que todo el mundo sabe que tiene que resolver. Entre el 70% y el 75 % de los problemas de salud se pueden resolver en el primer nivel de atención con los respaldos

adecuados. Inclusive, creo que es un tema de gestión de las instituciones, que tienen que ver la manera de potenciar a ese primer nivel de atención y hacer estructuras que tengan los recursos, la capacitación, la formación y el respaldo necesarios frente a la incertidumbre clínica. Hay que tratar de evitar el reflejo condicionado de pasar los pacientes a los especialistas debido a la incertidumbre clínica.

Está demostrado a nivel mundial que si nosotros no nos metemos en este tema del cambio de modelo de atención, generamos insatisfacción de los usuarios porque tienen que asumir nuevos costos, tiempo de espera y búsqueda de especialistas. No hay ninguna evidencia en el mundo de que si vamos en esa línea vayamos a mejorar la calidad de la atención. No hay ningún país que haya demostrado que más médicos, más especialistas, más tecnología, más equipamiento y más infraestructura equivalgan a calidad. Es más, lo más paradigmático es que los países que gastan más son los que tienen peores indicadores, porque la lógica de más, más y más responde a otras lógicas que no son las sanitarias.

Nosotros queremos hacer énfasis en el cambio del modelo de atención, en los estilos de vida, en promover a un ministerio de cara a la salud y no a la enfermedad, que no solo se ocupe de la enfermedad, sino también de la salud. De alguna forma, trabajando en prevención, se trabaja justamente en mejorar la calidad de vida y la salud de la población. Naturalmente, hay una cultura muy fuertemente arraigada que considera –si no insistimos en este tema del cambio del modelo de atención– que el médico general es el trampolín para llegar al especialista, que es el que cree que le va a resolver el problema.

Reitero que es un desafío fenomenal en términos culturales, pero se trata de potenciar la capacidad del sistema de salud para privilegiar el primer nivel de atención. Un sistema de salud que no trabaje para potenciar ese primer nivel de atención tiene costos enormemente superiores y peor calidad de atención que otro que privilegie el cambio del modelo de atención. Entonces, en ese cambio del modelo de atención se va también buena parte de los costos que no son eficientes.

Este es un tema que se está debatiendo en todas partes del mundo; es una discusión bien compleja. Se dice que entre un 10% y un 30% de los gastos en salud son totalmente innecesarios y corresponden a lógicas que no tienen nada que ver con lo sanitario. En algunos países se habla, justamente, de despilfarros, porque están vinculados a lógicas que no tienen que ver con la realidad sanitaria.

Por tanto, nosotros hemos instalado este grupo de trabajo; hemos consolidado una herramienta y pretendemos seguir mejorándola, sobre todo con sistemas de información que permitan que los datos que se vierte a los distintos ministerios para construir las distintas variables a tener en cuenta en el valor de la cápita sean potentes y no confusos. De esta manera podremos ir avanzando en este proceso y resolviendo, dentro de nuestras posibilidades, cómo incorporar el componente de calidad y solucionar esos temas que quedaron pendientes con la intención de definir con precisión cómo incide en el valor de la cápita alguna de esas variables. Es en ese proceso que estamos trabajando.

El Gobierno prefiere no meterse en la microgestión de las instituciones porque entiende que no es razonable hacerlo. De todos modos, hemos sentido algunas manifestaciones de que hay que tomar decisiones, en torno a arancelar algunas de las prestaciones para que la complementación sea viable –para que nadie plantee que no puede complementar porque le plantean precios que no le convienen– y que de alguna forma tenga que definir con total precisión cómo podemos estimular la capacidad resolutiva de primer nivel. Con qué nivel de detalle la reforma sanitaria tiene que decir cómo potenciarse el primer nivel de atención para poder resolver la mayor cantidad de problemas asistenciales. Las instituciones no solo reciben las cápitas sino también las metas asistenciales que conforman una partida complementaria. La idea es que con las metas asistenciales se pueda tener una línea de base –que estamos construyendo– de cada uno de los 43 prestadores financiados por el Fonasa; hablamos de determinar cuál es su línea de base de capacidad y resolutividad del primer nivel de atención para estimular a que las instituciones se pongan las pilas, sean más eficientes y logren que los gastos sean más adecuados a las realidades sanitarias. Hemos definido objetivos sanitarios que pasan por el encuadre global. Hemos determinado cuáles son los principales problemas sanitarios que

tiene la población, y si bien muchos de ellos tienen elementos intersectoriales otros tienen componentes fuertemente sanitarios, por eso queremos estimular a que las instituciones puedan trabajar más allá de la demanda en aquellos aspectos vinculados a la realidad sanitaria del país.

Como ustedes ven, este es un tema que tiene muchísimas puntas. Sabemos que este ámbito que hemos construido no va a ser color de rosa porque estamos hablando que el sector salud es muy complejo, pero está la voluntad institucional del Gobierno a través de esta articulación que nos encuentra trabajando en esta materia desde hace mucho tiempo, particularmente en los temas que son sustantivos para la profundización de la reforma, de manera de asegurar a la población que lo que pagan sus impuestos para el Fonasa tenga un destino vinculado a la mejor respuesta sanitaria. Hay otros gastos que hacen las instituciones privadas, soberanamente, que no tienen nada que ver con su calidad asistencial y con sus necesidades sanitarias, por lo que las deben asumir quienes toman las decisiones. En ocasiones se toman decisiones en torno a los ingresos y a los gastos que están mucho más allá de las obligaciones o de las vinculaciones a la propia reforma. Creo que todos debemos asumir todas las responsabilidades de nuestras actitudes y nosotros, con la mayor apertura posible y con el mejor convencimiento en la búsqueda de acuerdos, tenemos que trabajar profesionalmente, manejando datos y no tomando decisiones a la ligera, con el claro desafío de no dar por bueno todo lo que se gasta. Estamos seguros de que vamos por el camino de pagar aquello que aspiramos que tengan todos los usuarios del sistema de salud.

SEÑOR VALLCORBA.- Agradezco a los señores senadores por darnos la oportunidad de participar en la comisión, acompañando al señor ministro de Salud Pública y a todo su equipo. La intención es compartir cuál fue el trabajo que llevamos a cabo y la visión que tuvo el Poder Ejecutivo en todo este proceso de discusión en relación con las cápitas.

Como bien señalaba el señor ministro, este proceso se inicia en 2012 porque en paralelo a la firma del contrato de gestión de las instituciones con la Junasa, se firmó un memorándum de entendimiento en el que se establecía la necesidad de conformar una comisión que estudiara los temas vinculados con las cápitas. Esto tenía su razón y fundamento en el hecho de que las cápitas originales habían sido calculadas en base a información del año 2005, cuando recién comenzaba la implementación de la reforma y los sistemas de información con que se contaba a nivel oficial presentaban deficiencias importantes. En la actualidad, los sistemas de información siguen siendo un desafío pero hemos tenido avances notorios respecto a los datos que se manejaban cuando se realizaron las primeras estimaciones, sobre todo en lo que tiene que ver con la información asistencial. Esto llevó a que cuando se realizaron las primeras estimaciones de las cápitas no se pudiera trabajar con información de todas las instituciones porque no presentaron datos asistenciales de calidad aceptable. Esa era la situación en el punto de partida y, por lo tanto, las primeras cápitas se calcularon en base a los datos de seis instituciones. Entonces, claramente, una vez que la reforma de salud avanza, se van produciendo una serie de transformaciones en el funcionamiento del sistema y la propia información de las instituciones, tanto económico financiera como, fundamentalmente, asistencial, va mejorando. Por lo tanto, era necesario –y esta fue una visión compartida por los delegados del Poder Ejecutivo de aquel momento– que las instituciones actualizaran el cálculo. Por eso reafirmo lo que señalaba el señor ministro respecto a que este trabajo y sus resultados no tienen nada que ver con ningún análisis coyuntural: esto no obedece a una necesidad fiscal del Gobierno sino que es un compromiso de trabajo para mejorar lo que se había hecho originalmente.

El trabajo de esta comisión fue largo, casi cuatro años, en los cuales se avanzó, llegando a la conclusión de que fue muy bueno y así se recoge en el acuerdo que firmamos el viernes pasado con las instituciones. Realmente hay una visión compartida de que el trabajo de la comisión en todo este período fue bueno y que se hicieron avances importantes. Es claro que a pesar de que en el correr de todo este tiempo se trabajó en forma conjunta con las instituciones y que se fueron acercando posiciones en un montón de temas, subsistieron diferencias y eso llevó a que, tal como había surgido de un nuevo memorándum de entendimiento que se firmó en setiembre del 2015, nos hayamos propuesto junto a las instituciones culminar el trabajo a mediados del año 2016 y eso fue lo que sucedió. Hasta aquí llegamos, de alguna manera es necesario cerrar esta etapa, pasar el trabajo a un ámbito político, tal como habíamos acordado con las instituciones, y definir los próximos pasos. En ese marco se elaboró una propuesta metodológica por parte de los ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas, que recogía el trabajo de la comisión y muchos de los aportes que habían hecho las instituciones. Esta no fue la propuesta inicial del Poder Ejecutivo; la que se presenta en junio de

2016 es la que surge de ese trabajo colectivo, enriquecida por la discusión y por los aportes que cada uno de los actores fue realizando a lo largo de todo este proceso.

Ahora bien; ¿cuál es el principal problema que tiene una metodología de cálculo de las cápitas? Como bien señalaba el ministro, teóricamente uno puede plantearse que las cápitas se pueden construir a partir del análisis del deber ser. ¿Cuánto sería el costo de atención en salud, teniendo en cuenta el paquete de prestaciones definido por el PIAS en nuestro país? ¿Cuánto es el costo esperado por brindar esos servicios? Como señalaba el señor ministro, el trabajo sería académico y como un área de investigación muy interesante, pero en este momento –más allá de que nos podamos plantear la necesidad de ir avanzando en esa dirección– no estábamos en condiciones de transitar ese camino. Por lo tanto, necesariamente la definición de las cápitas tiene que tomar como base la información del gasto en el que se ha incurrido o del gasto observado. Ahora bien, este es un mecanismo complejo, sobre todo por cómo incide en los incentivos de los distintos agentes. Uno de los puntos que acordamos con las instituciones fue que periódicamente se revisen las cápitas; que se pueda actualizar y mejorar la metodología pero que, al mismo tiempo, las cápitas se recalculen porque el propio cambio de atención va cambiando los costos. Es razonable pensar que cuando estimamos el gasto por tramo de edad y de sexo, en la medida en que vaya avanzando el cambio en el modelo de atención –priorizando el nivel primario–, la propia estructura relativa a las cápitas también vaya cambiando. Es razonable que nos actualicemos porque cambian la tecnología, los costos, los servicios y las necesidades asistenciales. Por lo tanto, definimos una metodología que se puede perfeccionar y mejorar, pero que necesariamente tiene que ser replicada en el tiempo. Si nosotros estamos aplicando una metodología que sabemos que vamos a tener que repetir más adelante y que se basa en los gastos observados, el problema que tenemos es cómo logramos que este criterio no se transforme en una mera convalidación de los gastos observados, y que no sea un incentivo a no escatimar esfuerzos en mejorar la eficiencia. Creo que desde el punto de vista metodológico ese es el principal desafío: cómo construimos un esquema que reconozca razonablemente los costos de funcionamiento del sistema pero que, al mismo tiempo, introduzca incentivos adecuados para que el sistema avance y mejore la eficiencia de forma tal de que no necesariamente gastemos menos, sino que gastemos mejor y que de forma eventual con los mismos recursos podamos tener una mayor cobertura. Fundamentalmente, el foco está en cómo hacer que el gasto sea de mejor calidad y con mejores resultados desde el punto de vista asistencial. Es imprescindible que todos estos mecanismos sean incentivos compatibles que de alguna manera estén alineando los incentivos de cada uno de los actores que funcionan en el sistema. Ese es el principal desafío que tenemos.

¿La propuesta metodológica que proponemos como Poder Ejecutivo se basa en un cálculo de cuánto es el valor de las cápitas que hay que pagar en este momento? La respuesta es no. El resultado de la metodología que diseñó y propuso el Poder Ejecutivo no es una estimación de cuánto le tenemos que pagar hoy a las instituciones, sino que teniendo en cuenta los problemas de incentivos que comentábamos, tratemos de construir una imagen objetivo de cuál debería ser la estructura de costos de la prestación de los distintos servicios que el sistema debe tener en el futuro. Debemos hacer un esfuerzo por definir hacia dónde queremos ir en materia de costos, los necesarios, a partir de los costos observados, para que el sistema funcione de la mejor manera. Esa es la propuesta que hizo el Poder Ejecutivo. En ningún momento se manejaron números que implicaran una reducción de las cápitas en este momento. Construyamos una imagen objetivo, definamos hacia dónde queremos ir y trabajemos en el cronograma para saber cuánto tiempo necesitamos para que el sistema mejore en eficiencia y se vaya aproximando al ideal.

En nuestra opinión, en realidad no existió un debate público sobre este tema. Precisamente, como señalaba el señor ministro, desde el Poder Ejecutivo optamos por no discutirlo públicamente porque consideramos que esa no era la forma de contribuir para encontrar una solución. El enfoque fue seguir trabajando con las instituciones para llegar a un acuerdo que finalmente alcanzamos. No van a escuchar decir a nadie del Poder Ejecutivo que estábamos proponiendo bajar las cápitas 1,5%, 2% o 2,5% porque directamente no fue eso lo que se propuso. Eso fue lo que trascendió en la prensa, pero no fue lo que planteó el Poder Ejecutivo. Para nosotros es necesario definir una metodología. Tratamos de llegar a un consenso sobre una metodología que construya una imagen objetivo de hacia dónde tenemos que ir y que, al mismo tiempo, discutamos en cuánto tiempo lo podemos alcanzar. En base a esto fue que llegamos al acuerdo que firmamos el viernes, que creo que es un buen cierre para todo este trabajo que se llevó adelante con las instituciones. Digo esto porque, en primer lugar, se reafirma que la propuesta metodológica que presentó el Poder Ejecutivo es la que se va a tomar como base para el cálculo de las cápitas y a mi juicio es un avance muy importante. Esto, como ya dijimos, es un

avance porque implica que se está sintonizando en esta lógica de la que hablamos recién sobre cómo trabajar para diseñar mecanismos que incentiven a una mejora permanente de la eficiencia del sistema y, al mismo tiempo, que genere mecanismos que permitan seguir mejorando en términos de calidad.

Los señores senadores tienen en su poder la propuesta metodológica que, básicamente, está contenida en los seis puntos planteados en el documento. De esos seis puntos que resumen la metodología surgen también tres parámetros fundamentales que están abiertos y forman parte de la propuesta original del Poder Ejecutivo. Queremos señalar que esto es el esqueleto metodológico pero para que esto funcione, falta definir elementos cruciales para llegar al resultado final. Ese número –que está en el entorno del 1,5% o 2,5% que se manejó– era el que podía andar, en función de determinados valores que se asumieran para estos parámetros pero, en última instancia, el resultado final va a depender de qué valores se definan. Estamos hablando, concretamente, como planteó el ministro, de la rentabilidad que se considere para la venta de servicios, del margen de cobertura que se le reconozca a las instituciones y, también, de los criterios para realizar ese filtro estadístico que se realiza a partir de la curva de Gauss en la cual se puede dibujar la distribución de los distintos costos entre las instituciones.

Otro elemento fundamental del trabajo de esta comisión –además de discutir y definir estos parámetros– es definir el cronograma, cuál es el horizonte y los tiempos necesarios para ir avanzando en esta dirección y, al mismo tiempo, tratar de mejorar la forma en que se consideran los aspectos vinculados a la eficiencia y la calidad que son dimensiones fundamentales pero que muchas veces es compleja su cuantificación y, por lo tanto, requieren una mejora continua.

Básicamente estos son los comentarios que quería realizar; quedo a disposición de los senadores para las consultas que estimen convenientes.

SEÑOR GARCÍA.- Quería hacer una reflexión y algunas preguntas concretas.

Primero les agradecemos por trasladarnos la visión del ministerio sobre el tema. No importan las coincidencias y las discrepancias, sino que lo que nos interesa es partir de una base de transparencia, información y respeto, que es clave.

Vamos a realizar una breve reflexión con respecto al sistema. Vamos a empezar por lo que podíamos llamar discrepancia de diagnóstico, es decir, de los diferentes ángulos por donde podemos llegar al tema. Creo que el diseño –vamos a hablar de lo general a lo particular– del sistema partió de algunos supuestos que no son los que la realidad está imponiendo en el camino. Partió de algunos supuestos de funcionamiento de la economía que, en la medida en que se movió –pido disculpas a los economistas por las imperfecciones técnicas– se cayeron y se empezaron a generar luces amarillas. Notoriamente el sistema de salud, como bien dijo el ministro, vino para quedarse y lo que son sus componentes asistenciales están muy imbricados y tienen una pata muy fuerte relacionada con todo el sistema tributario y, por lo tanto, es parte de esa ingeniería vinculada a la seguridad social. También tiene un gran componente de indexación con respecto al funcionamiento de la economía. Si la economía funciona bien –como lo hizo en los últimos años–, aumenta el PBI, hay un buen salario, baja el desempleo, ese diseño que preveía un déficit que tenía que aportar Rentas Generales comienza a dispararse, porque cuando la economía se empieza a enfriar –aumenta el desempleo, baja el funcionamiento de la economía, disminuye el PBI y el salario real no es de tan buena calidad–, obviamente el aporte va a ir en aumento.

Estaba leyendo un trabajo monográfico del año 2013 de la economista Leticia Zumar Filardo –me dicen que está presente– que me pareció interesantísimo. Allí se hacen proyecciones al año 2035 en los diferentes escenarios. Estoy seguro de que todos los que están aquí lo leyeron. Si lo leyó la oposición, me imagino que los integrantes del oficialismo lo saben de memoria. En ese trabajo se plantean escenarios de base adversa y optimista y se calcula el déficit del PBI y su equivalente en pesos que deberá volcar Rentas Generales para el sistema de salud. Y hay que tener en cuenta que en el escenario adverso la economista tomaba un crecimiento del PBI del 2%, cuando este año estamos previendo un crecimiento de 0 % –con algunos vintenes para un lado o para otro, por ahí estamos– y, para el año próximo, los más optimistas hablan de un 1%. Es decir que los más optimistas hablan de

un crecimiento de la mitad de lo que prevé el escenario adverso de este trabajo que hizo la economista. Y la verdad es que los números son impactantes.

Hoy el déficit está en más de USD 300:000.000. En el informe del proyecto de ley de presupuesto del año pasado el Gobierno preveía un déficit de más de $ 9.000:000.000, y cuando se discutió en sala –creo que fue el 3 o el 4 de diciembre– señalé que mis asesores me decían que iba a ser un poco mayor, que iba a superar los $ 10.000:000.000. Y, efectivamente fue así; estamos hablando de $ 10.200:000.000. Incluso, las proyecciones hablan de que se puede incrementar con el correr del tiempo. De manera que ese diseño, a mi modo de ver, se hizo con una visión que la realidad está contestando, por desgracia, porque la realidad es la economía del país.

Por otra parte, partimos del supuesto de que los números que manejamos son ciertos. Podríamos contestarlos, pero si las instituciones de salud vienen a la comisión y dicen una cifra, suponemos que eso es parte de las cuentas del país. Lo planteo porque hubo una mención en el sentido de relativizar esos datos. Concretamente, las mutualistas nos dicen que el déficit acumulado operativo a nivel nacional ronda los USD 130:000.000, y Montevideo se lleva USD 106:000.000 o USD 107:000.000 de ese total. Además, señalan que ese déficit viene arrastrado de algunos años atrás y pone en una situación muy compleja el funcionamiento de las mutualistas, porque de los bancos puede decirse cualquier cosa, pero bobos suelen no ser y miran los números. En ese marco, obviamente no les da muchas garantías otorgar créditos a instituciones que tienen un déficit operativo de esa magnitud.

Con respecto al valor de las cápitas, además de todas las relativizaciones y de si la posición del Poder Ejecutivo era de disminución o no, creo que es un tema que hace a la calidad de las prestaciones que reciben los usuarios. En este sentido hubo una afirmación del señor ministro que realmente me impactó; lo comentaba con el señor senador Bianchi y a él también le llamó la atención. Decía que, en buena medida, esta reingeniería de las cápitas partiría de la base de un cambio de criterio donde la canasta de servicios tendería a ser básica y habría prestaciones para acceder a las cuales el usuario debería contratarlas por separado, es decir, un reaseguro. Como dijo el señor ministro, en la mayoría de los países del mundo hay una canasta mínima y también reaseguros. Entonces, para aclarar este concepto me gustaría que lo desarrollara. ¿Cuál es la visión que se tiene a futuro? ¿Se va a tender a que, además de lo que cada usuario paga por Fonasa, haya prestaciones que requieran un pago aparte por el usuario?

El segundo aspecto que quiero abordar viene a ser una de las claves de todo este tema que, admito, para mí no es nada sencillo. Quien diga que este es un asunto fácil, no es honesto intelectualmente. Esta es una cuestión compleja y admito que sea debatible. Me refiero a la eficiencia en la calidad. La eficiencia en el gasto siempre es deseable, obviamente, en cualquier institución pública o privada –desde el Palacio Legislativo hasta una mutualista, pasando por el feriante– pero que la variable de ajuste de la eficiencia sea la calidad creo que acarrea un gran peligro, desde mi punto de vista. Si tengo que disminuir el gasto en materia de salud puedo adquirir muchos medicamentos. Algunos de ellos pueden ser originales y otros, no. Me van a costar menos los no originales. Proveo el servicio al paciente y, además disminuyo el gasto, pero, obviamente, no le estoy dando un producto de calidad o de la mejor calidad. Por tanto, el temor como paciente –aquí todos lo somos– es que el ejercicio de buscar algo deseable: la eficiencia en el gasto, no termine pasando por el peaje de bajar la calidad de los servicios que prestan las instituciones de salud. Que la variable no sea la calidad.

Este es un tema complejísimo porque hay muchas «calidades». Hay de las buenas y de las no buenas. Y para buscar la eficiencia en el gasto, un prestador puede recurrir a cumplir con el cometido de bajar el gasto pero tomando al usuario como variable de ajuste en lo que significa la calidad de la atención que recibe.

Entonces, la pregunta es esa: ¿cómo se hace para que la calidad de la atención no sea la variable de ajuste de las modificaciones o de la eficiencia, que es loable y necesario que se requiera?

Por otro lado, el señor ministro y el economista Vallcorba hablaron de los gastos que se plantea recortar o que se les exige recortar y que no son estrictamente asistenciales.

Hace unos días quienes concurrieron a este ámbito decían que la publicidad, en un régimen de semicompetencia como es este, es una variable que entra dentro de la libertad que tiene cualquier empresa o institución que opere dentro del derecho comercial, es decir, publicitar sus servicios.
Pero decíamos que si aún cortáramos con todos los gastos de publicidad –estamos hablando de USD 8:000.000 en USD 2.500:000.000, basándome en los números que se manejaban–, la incidencia es muy pequeña, muy leve.

Me gustaría saber, entonces, cuáles son esos gastos no asistenciales que se plantea recortar.

Por otro lado, el señor ministro decía que los países que gastan más son los que tienen peores resultados. En lo personal, considero muy relativa esa afirmación. Uruguay gasta mucho y, desde el gobierno –y no solo desde el gobierno–, siempre se habla de buenos resultados en muchos de los índices; en otros, no tanto. Pero, reitero, Uruguay está dentro de los países que más gastan en salud: casi nueve puntos del PBI. O sea que si no somos los primeros, estamos bastante cerca del que ocupa ese lugar. Y sería una contradicción decir que tenemos buenos resultados, que gastamos mucho y que no tenemos buenos resultados porque, justamente, los hay en muchas áreas. Digo esto porque si los que gastan más son los que tienen problemas de resultados, uno podría llegar a deducir que los que gastan menos tienen mejores resultados. Yo creo que no es una cosa ni la otra, sino todo lo contrario. No es verdad que todos los que gastan más, gastan bien ni que todos los que gastan menos, gastan mejor.

Agrego tres o cuatro preguntas finales al señor ministro, al economista Vallcorba o a quien ustedes dispongan. Creo que la que voy a formular ahora está dirigida más al señor economista.

Partiendo de la base de que es cierto que existe un déficit operativo, ¿cuál sería el resultado operativo que el gobierno aceptaría como normal y bueno para operar en el sistema de salud? Me explico un poco más. Estamos con resultados deficitarios en materia operativa y las mutualistas, dicen que si siguen así no van a poder funcionar. Entonces quisiera saber cuál sería el escenario de resultados operativos en el cual el gobierno entiende que se debe funcionar.

Con respecto a la complementación, es claro que se trata de un tema bien importante e indiscutible. Ahora bien, si la complementación es tan importante en el resultado final económico del sistema, tiene que estar evaluada y la pregunta que formulo es: ¿cuánto cuesta la complementación?

Por último, quiero saber si se descarta el cierre de alguna mutualista en el corto o mediano plazo.

SEÑOR CARÁMBULA.- Ante todo, agradezco la visita de nuestros invitados.

Creo que lo más importante a destacar en esta reunión es el acuerdo que han alcanzado ambos ministerios con las instituciones mutuales. Hasta la semana pasada teníamos un panorama que, felizmente, se aclaró en virtud de ese acuerdo.

Por otra parte, me parece muy importante algo que ha dicho el ministro de Salud Pública y que ha ratificado el representante del Ministerio de Economía y Finanzas, el economista Vallcorba. En tiempos pasados estábamos muy acostumbrados, fundamentalmente en la década del dos mil, a que las crisis del mutualismo eran rápidamente titulares en los medios de prensa. En esa época cerraban las mutualistas y el problema era la forma en que eso afectaba a la población, tanto a los usuarios como a los trabajadores de esas instituciones. En este sentido, me parece muy importante lo que han dicho nuestros invitados en cuanto a que se ha trabajado con la reserva correspondiente cuando se trata de temas de números. Estamos hablando del derecho a la salud de la población y, en lo personal, valoro mucho lo que el Ministerio de Salud Pública está haciendo en cuanto a esos problemas que rápidamente se convierten en titulares de los medios de prensa, como son el retaceo de servicios, la demora en las operaciones, etcétera. Me parecía importante destacar este aspecto, sobre todo cuando ya se ha logrado laudar un acuerdo fundamental para el área de la salud.

Sin pretender disentir con el señor senador García, dado que hemos coincidido en varios proyectos de ley a estudio de la comisión, a mí me parece que tanto el ministro de Salud Pública como el economista Vallcorba, introducen variables fundamentales en la consideración de este tema, que hacen a lo que todos queremos, que es la profundización y defensa del Sistema Nacional Integrado de Salud. Y cuando el ministro daba algunas cifras con respecto a la valorización de la cápita, hay que advertir que no el tema no es la cápita en sí misma, es decir, más allá de que influye significativamente en el equilibrio de las instituciones, aquí estamos abordando una variante conceptual fundamental que tiene que ver con la profundización del sistema, con la determinación geográfica de los recursos que brinda; estamos hablando de superposición y de eficiencia y no únicamente de los temas de complementación. ¡Cuántas variables han de tenerse en cuenta para la valorización de los costos en salud!

Claramente creo que el ejemplo que daba el señor ministro tiene que ver con los seguros parciales y sus diferencias. Me parece oportuno que en esta variable se consideren la eficiencia y la calidad. En ese sentido, a mi entender –el señor ministro lo aclarará–, tenemos ejemplos de los grandes servicios de salud, como el de Estados Unidos, en el que progresivamente el incremento del PBI no ha ido de la mano de una distribución equitativa de los recursos ni de una mejora en la calidad en la asistencia. Aclaro que no pretendo inmiscuirme en ese sistema de salud, pero entiendo que es uno de los ejemplos en los que el volumen porcentual del PBI es muy significativo pero no ha ido de la mano de una mejora en la calidad del servicio de salud.

En definitiva, saludo la comparecencia de los dos equipos porque me parece que estamos en un momento crucial del Sistema Nacional Integrado de Salud, en el sentido de poder seguir avanzando en eficiencia y calidad. Y este avance no debe ir atado a situaciones coyunturales desde el punto de vista económico-financiero del país –tal como planteaba el economista Vallcorba–, sino que debemos trabajar para encontrar la mejor manera de optimizar los recursos en eficiencia y calidad.

Termino mi exposición saludando el hecho de que la Comisión de Salud Pública se haya reunido a partir de un acuerdo con todos los actores, con la disparidad que sabemos que tenemos –tal como lo señalaba el señor ministro–, pero transitando un camino que defiende el sistema mutual y las realidades.

Aquí mismo estuvo presente determinado sector de los representantes del sistema mutual, tras una cuestión muy categórica por la cual ocho instituciones estaban en situación difícil, y cuando se indagó sobre el tema resultó ser que, en realidad, seis están en esa situación y las otras dos vienen arrastrando realidades hace tiempo atrás. Es decir que cuando se desglosa, se ve que la realidad tiene todas las aristas que hemos visto en el informe que nos han traído.

Como decía, saludo esta instancia porque me parece de una formidable madurez, para seguir defendiendo y avanzando en el sistema.

SEÑOR GARÍN.- Saludo al señor ministro, a su equipo y a la delegación del Ministerio de Economía y Finanzas.

Quiero agradecer toda la información que nos han brindado y reafirmar un concepto que el señor senador Carámbula planteaba en cuanto al hecho de empezar esta reunión con un acuerdo sobre las capitas, porque no era la situación que teníamos una semana atrás. Creo que es importante resaltarlo porque una semana atrás escuchábamos que, en la línea de la ciclicidad, teníamos dificultades económicas e íbamos a tener problemas en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Se decía que se iban a alargar los tratamientos e, incluso, que algunos prestadores de salud corrían el riesgo de no poder mantener los ritmos de atención de salud. En ningún caso hablaron de cierre de mutualistas y siempre dijeron que ellos iban junto a la suerte del sistema. Ellos querían advertir sobre algunos problemas que se estaban expresando en los ajustes de las cápitas, pero reafirmaban que la suerte del Sistema Nacional Integrado de Salud era la de ellos y que querían trabajar en su mantenimiento, con los ajustes que correspondieran.

Entonces, tener esta situación ya consagrada nos reafirma que estamos en el buen camino de un sistema en construcción. Por eso quería adelantar tres comentarios, uno general y dos particulares.

El comentario general refiere al Sistema Nacional Integrado de Salud. Aquí se ha hablado de que llevamos ocho años de un sistema que construyó una planificación para que el derecho a la salud, poco a poco, fuera llegando a todos los usuarios de nuestro país. Hoy no se dieron números, pero tenemos presente que ya tenemos cerca de dos millones y medio de usuarios –nos corregirán si el número es incorrecto–, es decir, cerca del 80% de la población, bajo el Sistema Nacional Integrado de Salud. Dado que cuando comenzó este sistema se hablaba de que había una cobertura médica adecuada de 800.000 uruguayos, me parece que es un indicador que hay que poner sobre la mesa y seguir resaltándolo.

Además, creo que el Sistema Nacional Integrado de Salud es una apuesta firme de planificación. Uno de los pilares que tiene es el hecho de salirnos de la lógica de la ciclicidad: cuando la economía anda bien, llega a todo el mundo, y cuando la economía anda mal, algunos se quedan fuera o se caen. Hoy estamos frente a un Sistema Nacional Integrado de Salud de cuya suerte dependen todos los prestadores de salud, tal como lo expresaron. Por tanto, es un sistema que hay que seguir fortaleciendo.

Además, en la línea de la planificación también me parece muy valioso lo que planteaba el señor ministro respecto a que hay un seguimiento de la canasta de servicios. Concretamente, dijo que un 8% de las prestaciones hoy ya no se dan. Entonces, me da la sensación de que es una muy buena señal de que hay una planificación y un seguimiento de ella.

A su vez, el señor senador García nos citaba el trabajo de la economista –el gran trabajo, como lo calificó él– en el que se incorporan los escenarios prospectivos. Si uno quiere prepararse para situaciones anticíclicas, una planificación y un escenario prospectivo siempre son extremadamente importantes, y eso lo tenemos todo arriba de la mesa.

Entonces, estamos frente a una de esas construcciones raras a las que estamos acostumbrados los uruguayos, en la que nos planteamos un sistema basado en la competencia más o menos regulada, pero con una complementación de servicios que nos ayude a llegar a todo el mundo de la mejor manera posible. Además, tenemos un seguimiento que nos va detectando qué cosas se van dejando de utilizar y qué escenarios prospectivos se nos pueden presentar para tomar las decisiones con tiempo y poder ir haciendo ajustes.

Realmente, todos los uruguayos tendríamos que reconocer esto como una gran construcción. El ministro incluso llegó a decir que algunas de estas reformas fracasaron en otros lugares y, en Uruguay, aunque con algunos con tropiezos, va caminando. Caminamos en un sistema integrado en el que confluyeron la lógica de una estructura privada y la lógica de una estructura pública, con todo lo que eso significa; en la Administración Pública está ASSE como prestador público, con todo su marco jurídico, y luego tenemos el funcionamiento de los prestadores privados, que se rige por el derecho privado, ¡por favor, si tendremos que estar contentos al ver que este desafío –que llamaría «desafío Uruguay»– lo seguimos fortaleciendo y profundizando!

Quería hacer estas consideraciones generales para después hacer dos comentarios más particulares y cerrar el tema.

Con respecto al tema de la cápita, tenemos una señal expresada en este acuerdo, el cual despejó algunas nubes presentes a nivel de la opinión pública desde hace no muchos días. El acuerdo despeja o, por lo menos, genera un especio metodológico o un espacio de encuentro para que esas nubes se despejen y, además, da tiempo para trabajar. Aquí se planteó un año de trabajo por delante, lo que fue firmado el 12 de agosto; hoy recién es 16, o sea que hace 4 días que esto empezó a circular, demos un tiempo para que pueda expresarse.

En lo personal –este es un juicio particular y personal–, entiendo que muchos de los actores representados en este acuerdo fueron los que la semana pasada nos planteaban que había dificultades. Entonces, asumo que si los prestadores privados votaron y firmaron este acuerdo, sus preocupaciones deben estar suficientemente contempladas y no hace falta que las interprete otro, porque están en primera fila los propios afectados siendo parte del acuerdo y acordando en esta primera instancia un grupo de trabajo, además de un acuerdo específico de cómo van a evolucionar las cápitas en los próximos meses. Por lo tanto, esto da certeza, no solo a los que firman el acuerdo y al Gobierno, que es quien tiene que llevar adelante la responsabilidad de las políticas de salud, sino también a los usuarios. El sistema y sus integrantes llegaron a un acuerdo temporal en cuanto a las cápitas. Estamos trabajando, desde el acuerdo, para revisarlas, y para eso nos hemos dado un tiempo. Esto nos ayuda a transitar por un camino con un poco más de tranquilidad. Seguramente esto no va a despejar algunas interrogantes planteadas, que se seguirán tratando, pero para la opinión pública hay acuerdo y las cosas están funcionando, las cápitas están y los prestadores seguirán funcionando. Es más, asumo que este acuerdo no va a significar ninguna de las valoraciones que se hicieron sobre el ritmo de prestaciones de salud; recordemos que se advirtió que se iban a resentir. Asumo eso pero, de todos modos, aprovecho la oportunidad para preguntarle al equipo si lo pueden confirmar.

Por último, felicito que la estrategia sea de un ministerio de cara a la salud –esta es una valoración más general que la que nos convocó–, porque creo que tenemos derecho a la salud. Como agrónomo, tengo la deformación de mirar a la población que está sana, trabajar con los que están sanos, y los enfermos son un problema menor que cuando están no los atendemos nosotros. He trabajado mucho en producción animal, por eso creo –esta es una comparación muy burda pero quiero plantear el concepto que me mueve– que es bueno que estemos pensando en una estrategia de un sistema de cara a la salud. Soy consciente de que después es muy difícil justificar en el imaginario colectivo de la gente que la plata está bien gastada, porque por deformación cultural tenemos mucha más facilidad de explicar cuánto gastamos por enfermo. Sin embargo, a veces ni siquiera existen los indicadores para mostrar cuánto se gasta para que la gente esté sana, pero este desafío se irá construyendo poco a poco. Saludo la estrategia y por nuestra parte reafirmamos la necesidad de trabajar para la salud, aunque después nos dé mucho trabajo demostrarlo a la población. Me parece que el enfoque es muy bueno y lo único que hago es reafirmarlo, porque ustedes ya dijeron que están trabajando en ese sentido. Además, dejo planteada la inquietud de que creo que un sistema de información robusto y potente ayuda mucho a defender este enfoque. Sé que el Ministerio de Salud Pública está trabajando mucho en esta perspectiva y así lo dijo el señor ministro en algún momento de su alocución. Entiendo que este sistema de información potente va a generar mejoras en la administración y en la gestión sanitaria del sistema pero, además, puede dejar muchos otros indicadores que ayudarán a fundamentar por qué una política pública de salud orientada hacia ella, desde la información, se puede respaldar robustamente. Además, en nuestro propio país tenemos experiencias en ese sentido, con reformas recientes de sistemas de información, que utilizan la digitalización y al que podríamos acceder para esta búsqueda de construcción de derechos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero hacer algunos planteos muy concretos y me hago eco de las expresiones de mis colegas con relación a la importancia de haber logrado este acuerdo, porque nos va a dar una lógica diferente en el tratamiento de las cápitas. Al leer la versión taquigráfica de la sesión anterior, en la que estuvieron presentes los representantes de las entidades privadas, una podría pensar que estábamos ante una crisis inminente, con el cierre de algunas mutualistas. En este momento no está presente el señor senador Carámbula, pero quiero decir que también compartimos el trabajo en la Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social, donde precisamente analizamos el problema desde el punto de vista laboral. Se dio una imagen de caos e, inclusive, se planteó la posibilidad de la pérdida de fuentes de trabajo para quienes están involucrados en el área de la salud privada, justamente en plena discusión de los consejos de salarios y de negociación colectiva.

Escuché muy atentamente lo que planteó el señor ministro en más de una oportunidad –lo comparto plenamente–, en el sentido de que todos los uruguayos usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud debemos saber en qué se gasta nuestro dinero. Por eso destaco la tranquilidad que nos da un acuerdo que vaya en ese camino. Quienes nos visitan están permanentemente dando información, en el intento de hacer un buen manejo de la misma.

Cuando se habla del déficit operativo, me pregunto cuánto inciden en esto los salarios altos que, me consta, debe haber en el sistema privado y que lo diferencia fuertemente del sistema público.

Esa es una realidad perversa que tenemos, que no se ha podido solucionar. Fue el señor senador Agazzi el que hizo esa pregunta. Era lógico que tuviéramos esa preocupación. Hace muy pocos días connotados dirigentes de la salud privada hacían referencia a que veían con muchísima preocupación que ese ajuste que se planteaba con relación al aumento de las cápitas iba hacia el ajuste del salario. Por eso nos preguntamos si el ajuste de los salarios abarca los mandos medios: los gerentes o los prestadores del sector privado. Nosotros solicitamos información y no la hemos recibido. Lo único que supimos es que en el caso de las prestaciones que se realizan en el sistema privado para los altos sueldos, tenían un correlato con los parámetros que existen en el país. Como desconozco cuáles son los salarios, tampoco sé si siguen los parámetros pertinentes.

¿Por qué hago estos planteos? Quizá hoy no podamos abordar estos temas o no tengamos la información necesaria, pero esto también hace al gasto del dinero que se recibe a través del Fonasa. Creo que a nivel público es bastante claro, pero a nivel de estos prestadores a lo mejor tenemos esas complejidades que puedan influir. Por un lado, le hago un planteo y, por otro, manifiesto una preocupación, porque en la Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social estamos abordando este tema.

SEÑOR MINISTRO.- Todas las preguntas son pertinentes. Sin lugar a dudas, la responsabilidad que tiene el Estado en las distintas áreas vinculadas al tema de la salud también nos atañe a quienes circunstancialmente ocupamos cargos de singular importancia. De alguna forma, en lo que tiene que ver con el Ministerio de Salud Pública, es innegable la responsabilidad que tiene en cuanto a su función de rectoría para el cumplimiento de las famosas funciones esenciales que tienen todos los ministerios de salud, a los que se agrega la coparticipación en lo relacionado con el funcionamiento y el financiamiento del seguro, junto con el Ministerio de Economía y Finanzas, con el Banco de Previsión Social y con la participación de los actores sociales. Es un desafío de primer orden porque, en realidad, en todas las sociedades modernas se da la famosa transición demográfica y lo que se prevé es que las personas van a vivir más tiempo y cada vez va a haber más enfermedades crónicas. Inclusive, vamos resolviendo patologías muy graves, oncológicas, haciéndolas crónicas y prolongando la vida. Todo eso genera una enorme responsabilidad en lo que tiene que ver con la definición de políticas y en la sustentabilidad del sistema. Tenemos que hacer que el financiamiento sea bien administrado. En este tema, de alguna forma, hay consideraciones de carácter general. El Estado tiene que ser eficiente. Lo básico no es un estado gordo y lento, sino un estado que salga de la zona de confort. Asimismo, el Estado, en la medida en que articula con prestadores públicos y privados, también tiene que trasmitir eso: hay que salir de la zona de confort para poder enfrentar los desafíos del hoy y del mañana, en una sociedad que, si hacemos las cosas bien, lo único esperable es que pida, exija y necesite más. Se habla del mercado imperfecto: cuando se aumenta la oferta, aumenta la demanda. De alguna manera, eso implica una fuerte apuesta a la profesionalización en la gestión y a la necesidad de contar con una información potente. La información, tal como todos los aquí presente lo han mencionado, es fundamental y debemos reconocer que todavía tenemos enormes desafíos en torno a ella. Si se pretende tomar decisiones por lo que arrojan los balances, estamos en problemas. Cualquiera que haya administrado algo acá sabe que, en el mejor de los casos, se llega tarde. Debemos tener en cuenta que, además, la información debe tener un nivel de desagregación para poder tomar decisiones con certeza, porque se puede presentar de múltiples formas y provocar que dificulten fuertemente una toma de decisiones responsable. Tenemos prestadores que han incorporado a su plan de negocios –y lo menciono porque son empresas privadas– otras prestaciones que no están exigidas en el seguro de salud –en el contrato– y funcionan muchas veces articulados con emergencias, con el IMAE, con sistemas de cuidados de enfermos y funcionan en una misma institución. Calcular los costos de cada uno de sus componentes para poder saber de qué estamos hablando cuando nos referimos a la cápita, sin mezclarla con las otras actividades, es un desafío bien complejo para poder tener información, reitero, que no mezcle varias actividades que se desarrollan en una misma institución, con funcionarios –profesionales y no profesionales– que trabajan en todas las áreas y que tienen gastos de funcionamiento que se distribuyen en todos esos componentes. Entonces, cuando analizamos cuáles son los gastos para estas actividades, nos encontramos con un escenario que requiere un nivel de detalle en la información bien difícil de adquirir. Actualmente podemos decir que existen algunas informaciones que tienen carácter prospectivo, que están en construcción para poder hacer definiciones precisas. A nuestro juicio, cualquier comentario que hagamos con mayor precisión sería irresponsable porque necesitamos mayor información.

Los señores senadores van a tener en consideración dentro de muy poco –seguramente después de la rendición de cuentas– el tema de la sobrecuota de inversión en el que estamos haciendo

un fuerte énfasis en los sistemas de información. Con el actual nivel de desarrollo de este sistema no podemos acceder a la información necesaria para responder muchas de las preguntas planteadas para poder estar seguros de que estamos en la línea correcta en el sentido de pagar lo que hay que pagar. Ese es un tema muy importante.

Al principio dijimos que la mayor parte de los sistemas de salud trabajan con prestaciones muy limitadas y requieren un reaseguro complementario. Por suerte este no es nuestro caso, pero la mayor parte de los sistemas de salud existentes en los países de la región y en algunos del primer mundo tienen que ver con una fuerte apuesta al pago de bolsillo a través de seguros totales o complementarios a las canastas básicas, en función de la capacidad económica que tenga la persona. En el libre ejercicio del derecho de la gente, puede seguir teniendo pago de bolsillo para contratar seguros privados que hoy están en el propio sistema, con pagos complementarios. También pueden tener otras prestaciones que están fuera del seguro, aun cuando están fuera del sistema. Es decir que las personas son libres, pero el objetivo que perseguimos con la reforma sanitaria es no perder rueda con aquellas prestaciones que aseguren la correcta atención de los usuarios. Para ello estamos permanentemente revisando lo que se está ofreciendo y modificando lo que hay que cambiar por el desarrollo científico-técnico. No compramos por buenas las cosas de las que no hay evidencia de que son buenas todavía porque no ha pasado suficiente tiempo. Por lo tanto, necesitamos tener un buen sistema de evaluación de tecnología.

Nosotros hemos incorporado este desafío, que tiene que empezar por casa, por el Estado, por el funcionamiento del ministerio, y hemos comenzado con los directores generales, aquí presentes, a trabajar en una comisión que hemos denominado «de pertinencia». Esto tiene que ver con el hecho de que las instituciones siguen solicitando más infraestructura, tener más camas, más equipos, más tecnología. Es decir que en este contexto todas las instituciones están pensando en desarrollarse, y esa es una buena señal. Pero hay que analizar si ese desarrollo tiene una lógica basada en potenciar la capacidad del sistema, en no superponer innecesariamente recursos, en no generar una concentración innecesaria en la zona de Montevideo y metropolitana, en ver cómo descentralizamos algunas de esas prestaciones. Sé que esto es remar contra la corriente, pero responsablemente tenemos que asumir que lo que se sume a lo actualmente existente debe tener sólidas bases que lo justifiquen, porque finalmente esos costos, si bien los promueven las instituciones privadas, impactan en el funcionamiento y en los costos que después todos pagamos en el sector salud. Entonces, hay una comisión de pertinencia y cuando se solicita aumentar las camas o incorporar tecnología, se ve la necesidad sanitaria. Y aquí quiero hacer un énfasis, porque –obviamente, el sistema así lo prevé– hay una apuesta a lo que tiene que ver con la gestión privada, y nos parece perfecto, pero la gestión privada no puede condicionar la mercantilización de la salud. Tiene que apostar a la profesionalización de la gestión y mejorar, con indicadores que responsablemente tendremos que acordar, en términos de calidad. Lo que se sume es para asegurar más calidad, con un criterio de racionalidad en la incorporación de nuevas inversiones.

(Ocupa la Presidencia el señor Guillermo Besozzi).

–Nosotros apostamos a una complementación, porque no hay otra forma de expresar la necesidad de balancear esa tensión entre competencia y sistema. Los convenios de complementación abarcan, por ejemplo, la compra y venta de servicios, lo que habitualmente llamamos «ganar-ganar».

SEÑOR GARCÍA.- ¿Se está pensando en la posibilidad de establecer una canasta básica y en que para aquellas prestaciones que se excluyan, el usuario deba pagar un reaseguro?

SEÑOR MINISTRO.- Seguramente me expresé mal, de manera que lo voy a reiterar sin demasiado detalle para ser bien claro. Los sistemas de salud en el mundo han ido muchas veces por ese camino, pero no es el camino nuestro.

SEÑOR GARCÍA.- Pero yo no me atiendo en el mundo, me atiendo en Uruguay.

SEÑOR MINISTRO.- Por eso; ese no es el camino que está siguiendo la reforma sanitaria del Uruguay. Justamente lo pusimos como un ejemplo porque debemos estar muy vigilantes, atentos a que la

canasta de prestaciones sea lo suficientemente amplia para evitar lo que pasa en otros países. Ese es el gran desafío y para ser capaces de seguir mejorando la canasta tenemos que administrar muy bien lo que la canasta presta. Si no ponemos la lupa en cómo se hacen las cosas con lo que actualmente manejamos, va a ser difícil poder asumir los nuevos desafíos. Cuando por distintos intereses claudican las políticas de los ministerios en torno a este tema, se termina en el escenario al que se hacía referencia y que han seguido algunas de las reformas sanitarias existentes; me refiero a canastas que quedan restringidas y, por tanto, la población debe recurrir a seguros complementarios. Aclaro que esa no es la política del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Ahora quisiera hacer referencia a la complementación. Nosotros tenemos una Dirección General de Coordinación que hace el seguimiento de los distintos convenios, desde convenios de compra y venta de servicios, lo que se denomina «ganar-ganar», a convenios que terminan unificando la utilización de determinadas infraestructuras, como maternidades únicas, puertas de emergencia únicas o policlínicas únicas. Hablamos de una infraestructura compartida por más de una institución y eso impacta en los costos fijos y asegura a los usuarios que tengan –cuenta corriente mediante– durante las 24 horas, los 365 días del año, una atención acorde.

(Ocupa la presidencia la señora Ivonne Passada).

–A su vez, la complementación en la utilización de los equipos, de la tecnología, es un valor muy importante en el mundo moderno. En realidad, la incorporación de tecnología en el mundo de la salud es un desafío extraordinario, pero muchas veces alienta lógicas que tratan de generar un paralelismo de mayor tecnología a mayor calidad. Sin embargo, como ya habíamos comentado, no hay ninguna evidencia que demuestre que sin un modelo de atención y un proceso de atención adecuado, cuidado y humanizado que genere los cuidados necesarios, más tecnología se traduzca en términos de calidad. Descartamos que estemos generando políticas tendientes a disminuir la calidad; muy por el contrario, estamos apostando fuertemente a identificar de qué hablamos cuando nos referimos a calidad. Precisamente, hablamos de una atención humanizada, de un tratamiento de cuidados a las personas, porque actualmente cada vez más «cuidamos», que «curamos», por lo que hoy decíamos de las enfermedades crónicas. La mayor parte de las patologías crónicas no se curan, pero si el sistema de salud las cuida, se puede mejorar la calidad de vida y prolongarla largamente. Ese es un desafío extraordinario que tiene que ver con la formación y capacitación de todo el personal de salud. Queremos trabajar fuertemente en alguno de estos temas porque hemos visto que son sustantivos a la hora de hablar de calidad. En concreto, nos referimos a la ética, a la bioética y a la atención y al trato a los usuarios. La calidad empieza a partir de que una persona se arrima a un mostrador de cualquier institución de salud y se comunica con el primer funcionario que lo atiende. Ahí es el día y la noche. Después podrá seguir el resto del proceso de atención y si la persona encuentra a un equipo que está dispuesto a escucharla, a tomarse el tiempo para ello, a levantar la vista de la historia clínica electrónica y verla a los ojos, tocarla y atenderla adecuadamente, estaremos ante calidad. Luego podremos hablar de tecnología cuando ésta se necesite. De alguna forma hay protocolos que se siguen para no sobreutilizar la tecnología. Es sabido que en todo el mundo se discute la sobreutilización de la tecnología, la sobremedicalización y el sobrediagnóstico. Y detrás de ello hay intereses muy poderosos que hay que reconocer, no para combatirlos sino para administrarlos bien. Asimismo, hay que formar a los profesionales en los temas vinculados con conflictos de intereses. Obviamente, todo el mundo puede trabajar donde quiere, pero debe tener claro de qué lado del mostrador está a la hora de tomar decisiones que tienen que ver con los recursos públicos.

Por nuestra parte, entendemos que con estos temas se juega buena parte de la profundización del sistema y de su orientación. Frente a una tendencia a la fragmentación de todo, nosotros vamos hacia la atención integral, a la intersectorialidad, a través de las distintas políticas públicas que tienen impacto en el tema de la salud.

Nosotros no estamos previendo que colapsen instituciones de salud, y vamos a seguir trabajando para estimular que estas hagan las cosas lo mejor posible. Acá somos pocos y nos conocemos todos y sabemos cuáles son las zonas de confort de cada uno de los 43 prestadores. En definitiva, lo que queremos es que salgan de esa zona y aborden los problemas, porque es muy fácil salir a pedir más recursos, pero el camino correcto es tratar de resolver los problemas. Reitero que conocemos bien esos problemas, y también somos conscientes de que hay que empezar por ordenar la casa. Como Estado, sin dudas, tenemos carencias en lo que respecta a los sistemas de información,

pero los estamos asumiendo y con la doctora Lustemberg estamos trabajando fuertemente en todo lo que tiene que ver con los programas de atención.

Sin dudas, los problemas de las instituciones de asistencia médica nos importan y mucho, y en ese sentido estamos siguiendo de cerca a aquellas que tienen dificultades y les estamos exigiendo planes. En varias oportunidades se han asignado recursos en materia de sobrecuotas de inversión, pero esas iniciativas deben tener un correlato. Es necesario que se elaboren planes y que se cumplan. No podemos como Estado seguir dando dinero si no hay una planificación de trabajo para resolver aquellos problemas críticos que sabemos que existen. Por suerte, la enorme mayoría de las instituciones están en ese camino, más allá de que hay algunas que tienen que hacer un esfuerzo complementario, a los efectos de poder resolver sus problemas.

En definitiva, tanto la complementación como el cambio del modelo de atención, con un buen sistema de información, serán las claves para resolver los temas sobre los que preguntaba el señor senador García. Estos temas se están discutiendo en todo el planeta y, justamente, han estado visitándonos personalidades que trabajan sobre la mala utilización de los recursos. En ese sentido, existe una total coincidencia en que hay un 10% o un 30% de gastos que se pueden resolver con la complementación y con el cambio del modelo de atención. Reitero que el sistema de información que tenemos nosotros no es lo suficientemente potente como para tener absoluta certeza sobre los datos concretos, pero creemos que esos porcentajes son correctos. Obviamente, el hecho de que las instituciones pasen de un escenario de compra y venta de servicios –que es el más clásico y también el más frágil, porque solo funciona hasta que cambia una de las variables– a otros de mayor profundidad, con planes estratégicos convergentes o, incluso, con áreas de cogestión, implica un gran esfuerzo. Ahora tenemos el desafío de que algunas áreas asistenciales que iban a ser exclusivamente públicas o privadas se van a convertir en áreas de cogestión, para lo cual existe voluntad política institucional.

En muy pocos días les va a llegar un proyecto de ley vinculado al centro de referencia. Justamente, hay que ver cómo construimos un centro de referencia para aquellas patologías muy poco prevalentes que obviamente no están encuadradas en lo que hace actualmente los IMAE. Son espacios para trabajar conjuntamente con los IMAE para ver cómo ayudamos a mejorar la eficiencia para que existan ámbitos de cogestión. Reitero que es un escenario de máxima, pero que rompe muchos esquemas acerca de la fragmentación y del escenario de competencia y mercantilización.

Le cedo la palabra al señor Echeverría porque se formularon algunas preguntas acerca del SCARH.

SEÑOR ECHEVERRÍA.- Buenas tardes para todos.

El señor ministro ha hecho referencia en varias oportunidades a la información. El Ministerio de Salud Pública dispone de múltiples sistemas de información. Ya que se ha hecho referencia a las cápitas, las fuentes de datos para el cálculo de cápitas son fundamentalmente tres y provienen de las IAMC: el SINDI –Sistema Nacional de Información, que tiene registro de todas las asistencias que realizan las instituciones–, los ECAs –Estudios de Costos Asistenciales– y los balances de las instituciones. Esas tres fuentes de datos son las que se utilizan para el cálculo de las cápitas. Las tres manejan un volumen importante de información para poder hacer los cálculos.

Además, en sus distintas áreas, el ministerio maneja otro tipo de información que sirve como forma de complementar o validar informaciones que se reciben por otro lado. Una de ellas es el SCARH, sistema en el que recogemos cuál es el monto salarial que ha recibido cada uno de los funcionarios que trabajan en las distintas instituciones. Es decir que contamos con un registro de todas las instituciones, con el valor de la masa salarial de las personas que trabajan en la salud. También se nos preguntaba si existen datos sobre los mandos medios o de alto nivel jerárquico y debo decir que efectivamente contamos con ellos. Por supuesto, no es una información que se maneje públicamente, pero según la cédula de identidad y la institución sabemos cuál es el valor de su salario. Y si la pregunta viene por ese lado, hay cifras que sorprenden.

A su vez, me parece importante señalar que cuando se habla de la importancia de los salarios en las instituciones, hay que aclarar que, independientemente del cálculo de las cápitas, hay ajustes semestrales de los valores que tienen que ver con una paramétrica que está construida con el valor de los salarios médicos, con el valor del IPC, con el valor del dólar y con el valor de la tecnología médica. Son distintos componentes que arman una paramétrica, que es la que nos permite ajustar los valores en enero y julio de cada año. Entonces, cuando hay una resolución del consejo de salarios que dice que el aumento salarial será equis, eso queda reflejado automáticamente en la paramétrica y es ajustado el 1.º de julio o el 1.º de enero en el valor que se paga por la cápita. Lo que está afectando la cápita de otra manera –que es la que necesita un recálculo más profundo cada determinado tiempo– es que pueda haber valores que se estén escapando de esos cálculos promediales o de esos cálculos que están en los consejos de salarios. Si el consejo de salarios establece que los salarios tienen que subir el IPC más un 1%, pero las instituciones deciden que ese no es un valor suficiente para determinada categoría laboral –médica, no médica o de donde sea– y recogen otro valor, la paramétrica no lo va a reflejar. Solo lo va a reflejar un estudio de costos que hagamos analizando lo que se gastó, tal como hicimos ahora para las cápitas. Son dos temas distintos: uno es el ajuste, que es recogido por la paramétrica, y otro es la variación que pueda haber en el tiempo por mayor masa salarial para el mismo conjunto de personas o por mayor cantidad de personas que estén trabajando en la institución para brindar la atención.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿Eso también va a ser parte del estudio que van a realizar en base a lo que firmaron el otro día con las entidades? ¿Eso va a estar sobre la mesa?

SEÑOR ECHEVERRÍA.- Lo que está sobre la mesa es que tenemos que poner énfasis en los conceptos de eficiencia y calidad; sobre todo debemos hacerlo en la dimensión calidad con más fuerza que lo que logramos hasta ahora. En los cálculos que se han hecho hasta hora, la calidad se tomó en cuenta de alguna manera cuando, en esa distribución de gastos que se hace por sexo y edad para un determinado producto asistencial, se descartaban los valores muy bajos, suponiendo que podía haber una falta de calidad, y los muy altos, suponiendo que podía haber problemas de eficiencia.

Ahora queremos incorporar de otra manera los conceptos de eficiencia y calidad, lo que nos va a implicar comenzar a estudiar alguna de estas cosas. Por supuesto, como decía el señor ministro, no es fácil estudiar la calidad en salud.

Hemos estado de acuerdo con los prestadores en cuanto a que hoy se están haciendo gastos que no son necesarios y que tendríamos que buscar la forma de reducirlos. Todos estamos de acuerdo con que el sistema de agenda actual –en el que la gente tiene derecho a registrarse con noventa días de anticipación para recibir atención médica con un determinado médico– ha implicado que mucha gente no asista a la cita que tiene agendada y quede un espacio vacío. Esto origina costos a la institución, porque un médico debe estar disponible para atender a la persona y porque si la persona continúa con la necesidad de atenderse va a ir a ocupar una hora en otro momento. Entonces, el Ministerio de Salud Pública y las instituciones estamos de acuerdo con que es un sistema que debe ser rearmado, porque está generando ineficiencias, no aporta calidad y lo único que ocasiona es costos. En realidad, es algo que está en la cultura de la población, porque la gente se anota y si ese día llueve no va. Este es un claro ejemplo –que está arriba de la mesa y es reconocido por todos– de que hay cosas que tenemos que hacer, incluso con la reglamentación, para que el sistema mejore.

En cuanto a la escala de las instituciones, hemos asistido en cada febrero a propaganda bastante masiva para lograr una mayor cantidad de afiliados a las instituciones. ¿Hay estudios que respalden cuál es el mejor nivel de escala de una institución para ser más eficiente? ¿Siempre creciendo soy más eficiente que quedándome con la cantidad de socios que tengo? ¿La escala que tengo está por encima o por debajo de la que debería tener para ser eficiente? ¿Las instituciones saben contestar estas preguntas o hay margen para hacer un análisis mejor, de modo que no sea un escenario de competencia por más cantidad de socios el que prime?

Nosotros pensamos que debe seguir existiendo un escenario de movilidad regulada como el que hemos tenido –en el que la cantidad de personas que cambia de institución en relación con el total que tiene posibilidades no es alta–, pero que se compita por calidad. Esa es la competencia que creemos es la más sana. La que se da cuando una institución recoge más afiliados porque ha logrado

presentar a la población los indicadores más importantes que muestran que la institución A tiene frente a la B, mejores servicios. Ahora, la competencia exclusivamente por precios que habilita a que le prometa que si se afilia conmigo va a conseguir mejores precios es la que no entendemos válida, si después nos dicen que los costos no les alcanzan para cubrir todas las erogaciones que tienen que hacer.

Sobre el sistema de información, el ministerio está trabajando fuertemente para que todos los sistemas que ya fueron nombrados, más otros que hay en distintas áreas del ministerio puedan concentrarse en un *data warehouse* que nos permita hacer un seguimiento más importante de todas las instituciones y poder estar en tiempo real, y no haciendo procesamiento de planillas o de bases de datos con la capacidad que tenemos hoy de revisar hacia atrás lo que ya pasó. Esto es mucho más que posibilitar que las instituciones tengan la historia clínica electrónica, que también es un complemento porque alimentaría los sistemas, pero que el ministerio cuente con este sistema de información global que permita tener estos análisis, es lo que nos va a dar la base para acercarnos más a una medición de eficiencia y calidad de las instituciones.

SEÑOR GARCÍA.- Se menciona el tema de la publicidad para captar nuevos socios en el momento que se abre el corralito. Si me permiten, creo que no debería existir ese momento en el año, porque tendríamos que darle a la persona la libertad para que pueda elegir. Entiendo que al inicio existieran razones, pero ya no. En materia de traducción económica, siempre se puede ajustar, pero no es un monto significativo.

Yo he visto a muchos actores de la salud –ministros y autoridades que están acá– participar en la inauguración de un tomógrafo o de un servicio, y después las empresas los ponen en el bloque de «empresariales» de un informativo y hacen publicidad. Con esto quiero decir que hay una mecánica que se retroalimenta, a la que las autoridades de la salud no se niegan, porque si se muestra que en la inauguración de determinado equipo estaba el ministro de Salud Pública, un director o un gerente, se entiende que es tan bueno el equipo que hasta las autoridades asistieron. Todos sabemos que se avala de hecho participar de esa competencia entre las mutualistas y los servicios de salud. Repito, he visto en el informativo cómo aparecen las autoridades en la sección «empresariales» cuando inauguran tal equipamiento. Y nos guste o no participan, porque como el régimen es de libertad, las autoridades participan, aunque después se les use la imagen. Yo no conozco a nadie que haya dicho que su imagen no puede ser usada para promocionar directa o indirectamente ninguna institución. Si las autoridades del país avalan con su presencia y después no niegan eso, aunque no quieran, participan de esa lógica que es legítima y legal. Es legítima la participación de las autoridades y que las instituciones luego difundan esas circunstancias.

El otro aspecto al que quiero referirme es el de la calidad. Creo que el señor ministro de Salud Pública dijo muchas cosas muy importantes, pero sobre el final de su intervención mencionó una que quiero aclarar. Es bueno que se reconozca que hay responsabilidades compartidas. Yo creo –lo dije hace unos días y lo repito ahora– que las mutualistas están bastante lejos de ser un dechado de virtudes. Repito, están bastante lejos. Les falta muchísimo. Pero también es verdad que el Estado, que está de ambos lados del mostrador, da órdenes de un lado, pero no las escucha del otro lado. Regula el sistema, financia el sistema, abre la canilla, cierra la canilla. La verdad es que, así como las mutualistas dejan mucho que desear, el cumplimiento de las metas en ASSE, por ejemplo, deja muchísimo que desear. Me estoy basando en las cifras oficiales, en lo que está en la página del ministerio –AtuServicio.uy–; ustedes saben que yo hice un pedido de informes y revelé cosas que están en la página. Por tanto, me parece que hay responsabilidades compartidas en cuanto a relación de las autoridades de la salud pública –estoy hablando en general– con respecto a la situación deficitaria que vive el sistema mutual. También creo que en las mutualistas hay problemas de gestión y muchas cosas a mejorar. A su vez, pienso que la misma agudeza –porque es parte de la misión legal del ministerio con el sistema mutual– debe tenerla también para defender a los pacientes que se atienden en Salud Pública, en ASSE. Yo creo que allí no lo miran de la misma forma y, en buena medida, eso significa que haya una desprotección de los pacientes que se atienden en ASSE ya que a sus prestadores no se les exige lo mismo que a las mutualistas. Y no lo hacen porque están de los dos lados del mostrador. El que debe exigir en Salud Pública es también el que presta en buena medida, prestaciones de Salud Pública. Digo esto porque ustedes saben que el Ministerio de Salud Pública y ASSE formalmente están separados, pero políticamente tienen una unidad muy importante.

Planteo esto con el mayor de los ánimos constructivos.

Gracias, señora presidenta.

SEÑOR VALLCORBA.- Quisiera referirme a dos aspectos que fueron planteados en particular por el señor senador García.

El primero de ellos tiene que ver con el diseño del sistema y las consideraciones y consultas que se nos hicieron relacionadas con él.

Por otro lado, deseo hacer referencia a otro aspecto que se planteó anteriormente: la situación actual del sistema y a la salud de nuestro sistema de salud, valga la redundancia.

Con respecto al diseño, nosotros tenemos una visión diferente a la planteada por el señor senador. De hecho, cuando analizamos las proyecciones que se presentaron en los años 2010 y 2011 –cuando se discutió la incorporación del último gran colectivo al seguro, los jubilados y pensionistas y sus cónyuges–, ellas se hicieron en ese momento –en plena fase de crecimiento acelerado–, ya estaba previsto que en términos del impacto económico que tenía la decisión que se estaba tomando de la incorporación de estos colectivos, que por la propia naturaleza de los beneficiarios era un colectivo deficitario cuyos aportes eran sustancialmente menores al costo que tenía su cobertura de salud por el seguro –porque el valor de las cápitas de este colectivo es sustancialmente mayor al promedio–, implicaba un resultado negativo del orden de un punto del PBI, que es adonde nos estamos dirigiendo este año una vez que tengamos el sistema maduro y con todos los colectivos incorporados. Entonces, el resultado actual del Fonasa no es consecuencia de la actual coyuntura económica sino de una decisión de política que se adoptó, sabiendo que implicaba una asignación importante de recursos, pero hacía a un criterio de priorización del gasto, atendiendo principalmente a la importancia de la universalización del sistema. Creo que este es un tema muy interesante porque, reitero, el resultado actual –luego voy a hacer algunos comentarios sobre esto– no es consecuencia del deterioro de la actividad económica. En la actualidad, ese impacto es de segundo orden respecto al costo que tuvo la decisión de incorporar al conjunto de pasivos y a todos los cónyuges que también lo hicieron en un proceso gradual. Todo este efecto integrado estaba previsto que significara un esfuerzo importante para rentas generales y era parte de las prioridades en materia de gasto público social que en su momento el Gobierno definió. Por lo tanto, no hay un cambio del resultado en función de un escenario económico optimista o de un contexto económico actual diferente.

A nuestro juicio, el cambio en el contexto económico no prendió una luz amarilla, puesto que el resultado estaba dentro de lo que era absolutamente previsible. Reitero que implica un esfuerzo fiscal importante pero estaba previsto. Es cierto que el diseño del sistema, desde el punto de vista de su impacto en las finanzas públicas, tiene un componente cíclico importante y que cuando la economía empieza a ingresar en una fase decreciente de su nivel de actividad, comienza a generar presión a un mayor nivel de gasto. Estoy diciendo que en el escenario actual ese efecto es absolutamente marginal. ¿Por qué? Porque, por ejemplo, el deterioro en el mercado de trabajo ha sido muy parcial y, por lo tanto, tiene su impacto pero no es significativo.

Me alegra la referencia al trabajo de la economista Zumar porque eso marca la preocupación que tenemos en el Gobierno de analizar la sustentabilidad del sistema. Esa es la responsabilidad fundamental que debemos tener como Gobierno. Todas las decisiones que se tomen en materia de salud deben ser analizadas a la luz del impacto, no contemporáneo sino a mediano plazo y teniendo en cuenta cómo afectará la sustentabilidad a largo plazo. Nosotros hacemos estos estudios en forma permanente y sistemática.

Ahora bien; la comparación de un 2% de un escenario adverso no podemos analizarlo a la luz de un dato coyuntural porque, precisamente, en un escenario de proyección de mediano plazo, lo que importa son las tasas de crecimiento estructural de la economía, independientemente de la fase puntual del ciclo en que nos encontremos. Aclaro que nos referimos a tasas de crecimiento sostenidas, lo que en economía se conoce como crecimiento potencial. Por lo tanto, aun considerando un escenario de crecimiento potencial de la economía de un 2%, sigue siendo adverso y este año vamos a

crecer por debajo de ese porcentaje porque el crecimiento potencial no invalida los ciclos económicos que siguen y van a seguir existiendo. Lo que importa es la tendencia permanente, más allá de esos ciclos.

Me animaría a decir que hoy existe un consenso –esto es difícil de encontrar en la economía– bastante amplio entre todos los analistas de que la tasa de crecimiento estructural, potencial de la economía, sigue estando en el orden del 3 %, a diferencia de las tasas de crecimiento potenciales que teníamos quince años atrás, que sí eran sustancialmente menores, producto de las transformaciones estructurales que ha tenido nuestra economía, entre otras cosas, por el fuerte impulso del proceso de inversión que es lo que determina, en última instancia, la capacidad de crecimiento a largo plazo de la economía. Entonces, ese 2% hay que compararlo con ese dato del crecimiento estructural y no con ese dato puntual porque, reitero, los ciclos económicos nos siguen marcando y van a seguir existiendo.

Por lo tanto, creo que las conclusiones que surgen del trabajo de la economista Zumar siguen siendo válidas y demuestran precisamente esa preocupación por la sustentabilidad a largo plazo, que la tenemos en cada una de las decisiones que tomamos. Cuando decidimos incorporar un medicamento tenemos que mirar el impacto que tiene sobre el sistema y sobre la sustentabilidad del sistema en el mediano plazo. Durante todos estos años hemos estado tomando sistemáticamente decisiones sobre la incorporación de medicamentos que tienen un impacto creciente en relación a los gastos que estamos comprometiendo, porque son medicamentos que atienden a determinado tipo de enfermedades, que logran extender la sobrevida de los pacientes por muchísimos años. Otros, de repente, son medicamentos paliativos, que extienden la esperanza de vida unos meses. Por lo tanto, el período de maduración del gasto es muy corto porque, lamentablemente, en forma rápida se van sustituyendo unos beneficiarios a otros e implica que tratamientos de treinta, cuarenta, cincuenta o sesenta años, como por ejemplo, los lisosomales o algunas enfermedades de ese tipo, hoy conllevan tomar una decisión que va a generar el compromiso de gastos crecientes a lo largo de los próximos años. Tenemos que incorporar todos esos elementos para analizarlos y para asegurarnos de que las decisiones que estamos tomando son sustentables. Esa mirada es permanente. Es cierto que el diseño del sistema genera algunos compromisos desde el punto de vista de rentas generales que tienden a ser mayores en la fase baja del ciclo, pero no dramáticamente mayores. Sí exigen un esfuerzo mayor que en las fases altas del ciclo. Si lo mirados desde la otra cara, desde el mostrador de las instituciones, precisamente, ese diseño del sistema permite darle una estabilidad mucho mayor. En el pasado, cuando la situación económica se deterioraba, el primer impacto que recibían las instituciones era una caída inmediata de su padrón de afiliados, con una estructura de costos fijos muy importantes. Por lo tanto, las crisis económicas que el país vivió en el pasado tenían como correlato crisis importantes en el sector mutual. Por ejemplo, pensemos en los trabajadores que ingresan al seguro de paro y mantienen la cobertura de sus hijos por un año y una vez finalizado le da una estabilidad en cuanto a la cantidad de afiliados al sistema mutual mucho mayor que la que tenía en el pasado. Es cierto que desde el punto de vista fiscal genera compromisos mayores en las fases bajas del ciclo, administrables, controlados, planificados, pero la contracara es un escenario de mayor estabilidad para las instituciones.

El otro comentario que quería realizar era sobre la situación actual de la salud. En realidad, los datos pueden ser manejados de muy diversas maneras. Lo primero que nos enseñan en facultad es que no hay descripciones objetivas, y que la descripción y la forma en que uno utiliza los datos parte del objetivo que uno tiene en el análisis, en la investigación y de un conjunto de preconceptos en base a los que uno hace una determinada selección de los datos. Eso es lo que nos enseñan en el curso de economía descriptiva, en el primer año de facultad. La economía es una ciencia social, no es una ciencia exacta y quienes participan de los estudios y de las investigaciones son protagonistas y, por lo tanto, tienen intereses en juego. Podría manejar datos sobre la situación actual del sistema y decir que si tomamos el último estado de resultados del sistema en su conjunto –cerrado en el año 2015 y con balances auditados– y miramos cuál es el resultado total respecto a los ingresos operativos, vamos a ver que tenemos un resultado superavitario de 0,74%. Ese es un primer dato. ¿El sistema está en crisis? ¿Tenemos un problema inminente? No; el sistema está equilibrado. Después puedo empezar a hacer un montón de análisis. Este es el resultado que surge de hacer un ajuste por inflación, que es como se presentan los balances. Alguien podría presentar el resultado sin ajustarlo por la inflación y este número podría ser distinto. Sería un poco peor. ¿Pero cuál es el dato que tenemos que considerar? Nosotros entendemos que este es el dato relevante: el dato de los estados contables

ajustados por inflación. Nos muestra un sistema que globalmente considerado está con un muy pequeño superávit.

Ahora bien, la situación en el interior del sistema es absolutamente heterogénea, y ese es otro elemento que debemos considerar. Los instrumentos con los que contamos desde el punto de vista de las políticas públicas tenemos que utilizarlos para atender determinadas situaciones. No se pueden atender con un instrumento todos los objetivos y las situaciones. Tenemos instituciones, por ejemplo, que arrastran problemas estructurales desde hace mucho tiempo, no desde ahora, no desde que se constituyó el seguro, sino desde mucho antes. Para estas instituciones el Parlamento aprobó una ley que le da una herramienta muy importante al Poder Ejecutivo. Me refiero al Fondo de Garantía para las IAMC, diseñado para atender situaciones de instituciones que tienen dificultades especiales y que, por lo tanto, requieren instrumentos especiales. Pero no podemos pensar y aspirar a que con las cápitas puedan cubrirse problemas estructurales que vienen teniendo algunas instituciones –no todas–; por eso se requieren instrumentos específicos. Entonces, ¿qué es lo que sucede? Cuando consideramos esos elementos y excluimos a las tres instituciones que hoy accedieron y que tienen la cobertura del Fondo de Garantía, el resultado de 0,74% que comenté, se transforma en un resultado también positivo, de 1,79%. ¿Por qué? Porque las instituciones que están bajo la cobertura de dicho fondo tienen una problemática especial y requieren una atención particular, porque su estabilidad es fundamental para la integridad del sistema, pero tenemos instrumentos específicos para atender esos problemas. Cuando miro eso, nos encontramos con un resultado positivo, reitero, de 1,79%, que se divide en un resultado positivo de 2,09% en el interior –acá no están afectadas las instituciones atendidas por el Fondo de Garantía porque son todas de Montevideo– y de 1,43%, en Montevideo. Ese es el punto de partida.

Es importante decir –los senadores deben manejar toda la información porque, en definitiva, eso es lo que hace que la discusión sobre el sistema sea rica y de calidad– que esto incluye los ingresos por la sobrecuota de inversión. Podría sacar estos ingresos y tendría otro set de números indicadores, muy diferente. La sobrecuota de inversión para todo el sistema representa un 1,5% del total de los ingresos. Por lo tanto, aun si la excluyera –que es muy discutible si hay que excluirla o no, simplemente es un elemento más como para mostrar que los números pueden ser muy diferentes dependiendo de la cobertura– y considerara a todas las instituciones, excluyendo las que tienen un tratamiento específico con el Fondo de Garantía, el resultado seguiría siendo superavitario. Esos son los números que nos parece que debemos tener en cuenta a la hora de discutir cuál es la situación del sistema. Estos números no muestran una situación de caos, de crisis ni de dificultad. ¿Hay problemas? Sí, los hay. ¿Los estamos atendiendo? Sí. Les estamos buscando soluciones con herramientas específicas. En esa dirección venimos trabajando.

Por último, quiero hacer dos comentarios muy menores, uno de ellos sobre el tema de los salarios altos que se mencionó y al que hizo referencia el presidente de la Junasa, que también es información pública. No conozco a las personas, pero el Ministerio de Salud Pública desde hace algunos años está publicando la base de datos del SCARH, que son microdatos. Por lo tanto, todo el que esté interesado puede llegar a saber, no quién gana cuánto, pero sí el nivel de retribución y, en base a eso, poder sacar conclusiones sobre si existen gastos o no que las instituciones puedan administrar para mejorar la eficiencia. Hay otro ejemplo que también lo presentó el presidente de la Junasa, relacionado con los criterios de aumento de salarios. En las paramétricas se reconocen los aumentos según surgen de los Consejos de Salarios, pero tenemos casos –que los hemos discutido con las instituciones– en los que las instituciones han resuelto dar aumentos superiores a los que surgen de los Consejos de Salarios ¿Eso lo tenemos que trasladar al valor de las cuotas? ¿Es razonable que cuando se decide pagar más salario, después se diga que no alcanza la plata? Estos son elementos que hacen que este tema sea muy complejo pero es importante manejar toda la información para que la discusión sea profunda y de calidad a fin de cada uno saque las conclusiones que estime pertinentes.

Era lo que tenía para comentar.

SEÑOR GARÍN.- Creo que, después de esta discusión, es importante también comunicar a la opinión pública lo que aquí se ha tratado. En mi caso, voy a tratar de transmitir la impresión con la que me voy.

Me da la sensación de que el Sistema Nacional Integrado de Salud terminó la fase de expansión de usuarios y lo está haciendo en una situación de equilibrio económico. Aquí no hay crisis. Y ahora entra en una fase en la que se va a establecer la calidad de las prestaciones y la adecuación de los servicios que va a tener que dar. En este sentido, creo que la expansión de usuarios va a obligar al señor ministro, entre otras cosas, a estar participando algunas veces más de eventos en los que se van a inaugurar equipos, instalaciones, etcétera, porque evidentemente este es el producto natural de que en diez años entren 700.000 u 800.000 usuarios a un sistema que tiene 2.500.000. Indudablemente, en ese contexto hay que hacer inversiones, y en ese equilibrio hay heterogeneidades.

De manera que finalizó la expansión; hay un equilibrio económico, reconociendo heterogeneidades, y ahora hay que empezar a construir una fase en la que se va a priorizar la calidad de las prestaciones y la adecuación de los servicios. Me quedó claro que el señor ministro dijo que el hecho de que no se usen no significa que salgan del sistema, para dejar la tranquilidad de que no hay que apelar a reaseguros por esos que no se usan, sino que el sistema los va a seguir prestando. Por lo menos es lo que entendí.

Finalmente, como expresión de deseos, dejaría planteado que en relación con los indicadores de calidad que explicó el economista Echeverría, sería bueno que nos mantuvieran informados cuando haya hitos o mojones significativos de avance, porque somos parte de esa construcción y si podemos aportar desde este ámbito, nos ponemos a disposición.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos la presencia de nuestros invitados y la información que aportaron, que fue realmente importante para la comisión y también, insisto –ya la vamos a estar solicitando–, para la Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social, porque se han volcado elementos que venimos viendo desde ese ángulo. Y también quisiera, al igual que el señor senador Garín, solicitar que nos hagan llegar a través de la Secretaría los avances que se vayan logrando sobre el tema.

Por otra parte, quiero adelantar al señor ministro que venimos muy avanzados en el tratamiento del proyecto de ley de salud mental, con un noventa y nueve por ciento de acuerdo. El Senado ha suspendido el trabajo de las comisiones mientras se considera el proyecto de rendición de cuentas, pero estamos realizando sesiones extraordinarias con este fin y creemos que, si todo sucede como lo esperamos, el próximo martes estaríamos en sala aprobando el proyecto de ley de salud mental y en el mes de setiembre se estaría tratando en el plenario. Creo que es una buena noticia que es importante destacar, porque es cierto que tenemos nuestras contradicciones pero también tenemos muchos acuerdos que a veces no se manejan en la agenda.

Se levanta la sesión.

(Son las 18:59).